

أ. د. سامر جميل رضوان

متخصص في علم النفس الإكلينيكي

في

الطب النفسي

وعلم النفس الإكلينيكي

العنوان الأصلي للكتاب

Wittchen, H. –U. (Edit.).

Handbuch Psychische Stoerungen.

Weinheim. Germany:

Psychologie Verlags Union.

المترجم: أ.د. سامر جميل رضوان

متخصص في علم النفس الإكلينيكي

Srudwan@hotmail.com

<http://www.de.geocities.com/psychoarab>

دار الكتاب الجامعي
الإمارات العربية المتحدة
الطبعة الأولى ٢٠٠٩

تصحیحات كتاب في الطب النفسي و علم النفس الإكلينيكي			
الصفحة	السطر	الخطأ	الصواب
٢١	٨	بالإضافة	بالإضافة
٢٥	٤ من أسفل	تحذيرنا أجل	تحذيرنا أو من أجل
٢٦	٧	خفقان القلق	خفقان القلب
٣٠	١	يحدث	يحدث
٣٣	٤ من أسفل	غالباً يخبرون	غالباً ما يخبرون
٣٥	٦	فحص الطبي	الفحص الطبي
٣٧	١٢	يتم التراجع	يحتاج تراجع
٤٦	٧ من أسفل	يتصف	تتصف
٥٢	آخر سطر	تمثلاً	تمثلان
٥٤	٢	يؤثر مزاجنا (ونقول أيضاً انفعالاتنا)	فمزاجنا (ونقول أيضاً انفعالاتنا) يؤثر
٥٦	٦	ويمكن حالات	ويمكن لحالات
٥٨	١٥	الهوس تصورات	من الهوس تظهر لديهم تصورات
٥٩	الهامش	حذف الهامش (١)	
٦١	٩ من أسفل	و يستجيبون بتباطؤ على تعابير أطفالهم عن مشاعر	و يستجيبون بتباطؤ على تعابير أطفالهم عن مشاعرهم
٦٢	الأخير	سلم الاكتئاب العام	المقياس العام للاكتئاب
٦٦	٣ من الأسفل	ثلث من المعنيين	ثلث المعنيين
	٢ من الأسفل	تنتهي	الذي ينتهي
٧٠	٢ من أسفل	متفائلة	متفائلاً
٧٢	٣	يستخدم	تستخدم
٧٤	١٦	في الفصل الخامس	في الفصل الرابع عشر
٧٥	٦ من أسفل	ملأن	ملأنا
٧٦	٨ من أسفل	البداية من	حذف
	٢ من أسفل	الفصل الرابع	الفصل الثالث عشر
٧٩	الأخير	تفسيرات واضحة	والتفسيرات الواضحة
٨٠	٥	خلة	من خلاله
٨٠	٩	يهتم المعالج من خلال	فيهم المعالج في البداية من خلال التمارين
٨٠	١١ من أسفل	يحاول المعالج اكتشاف	يحاول المعالج
٨٤	٩-٨	التي سنقوم	وهي ما سنقوم
٨٦	٤	تستنتج	حذف
٨٦	١١	وهناك	وهناك
٨٨	آخر سطر	بهذا	بهذه
٩٠	١	أنه لم الخطأ	إنه لمن الخطأ
٩٢	٧	أن مشوها	أن يكون مشوها
٩٢	١٧-٦١	وف بالحالات	وفي الحالات

٩٣	١	ومتكلف	ومتكلفاً
		بالذات	حذف
	٥	المهوسين مذهلة	المهوسين أن تكون مذهلة
٩٥	١١	دون أعرض	دون أعراض
	١٦	الدراسات	دراسات
٩٧	٥	العلاج النفس	العلاج النفسي
٩٩	٣	إجتماعي	اجتماعية
١٠٠	٩	أو عن عنك	أو عنك
١٠٢	١	أنه	أنهم
١٠٤	٣	فقط	تحذف
	١٣	منهم	منهما
	٦ من أسفل	الارتباط	ارتباط
١٠٥	٦ من أسفل	وتقص	ونقص
	٧ من أسفل	و سيمكن	ويمكن
١٠٨	٧	التي	حذف
	٨	خليط من الخاصة	خليط من الأعراض الخاصة
١٠٩	٩ من أسفل	بها في سعادة في	بها سعادة في
١١٠	١٢	بالموضع	بالموضع
١١١	٩	ويفصحون	ويفصح
١١٣	٧	فمجرد	فمجرد
	١٣	تكون	تكون لديهم
	٧ من أسفل	بداية الفقرة هي فقرة تعداد نقطي	• اضطرابات نفسية ووجدانية أخرى
١١٤	٨	ضمان	ضمن
١١٥	٧ من أسفل	غير قادر	حذف
١١٧	٣	المرض	مرضى
	٣	تشخيصه	تشخيصهم
	٩	طفاهم	طفلهما
١١٨	٤	مرات	مرة
	٥	مصائب	مصائب
	١٣	أن أنه	أنه
١٢٢	١٣	تحليلها فيما بعد والتعامل بعد معها	تحليلها و التعامل معها فيما بعد
	٢٠	يشعرون بأنهم يشعرون بأنه	يشعرون بأنه
١٢٣	٥-٤	ردود أفعالهم أفعالهم	ردود أفعالهم
١٢٤	٢	لديه	لديهم
١٢٥	٢ من الأسفل	لبد	لابد
١٢٦	٦ من أسفل	الكلوتسابام	الكلوتسابين
١٣٠	١٠	أهم	أنهما
١٣١	٦	العيس	العيش

يعانون من الاكتئاب	يعانون من الفصام	٩	
ودودين أو خجولين أو اجتماعيين أو منظمين أو ملتزمين	ودودون أو خجولون أو اجتماعيون أو منظمون أو ملتزمون	٢	١٣٥
صعبة أن يسبب	صعبة يمكن أن يسبب	٣ من أسفل	١٣٨
تعوز على الأشخاص	تعوز الأشخاص	٦ من أسفل	١٣٩
تحو التفكير "خرافي"	نحو نمط "خرافي" من التفكير يؤثر	٧ من أسفل	١٤١
جداً بيئته	جداً من بيئته	٣ من أسفل	١٤٣
فيهم	مهم	٦	١٤٨
ويعب	ويصعب	١٠ من أسفل	١٥٠
بممتلكاته	بممتلكاتهم	٨	١٥٢
القلق أو الرعب	القلق أو الهلع	١٠	١٥٤
للمزاج	للمزاج	١٥	
(بالجرعة العلاجية الكاملة)	(بالجرعة العلاجية الكاملة)		
و يعد	و يبشر		
غالبية	لغالبية	٧ من أسفل	١٥٧
(	حذف	٧	١٥٨
من ضرورياً من إحداث	ضرورياً من أجل إحداث	١٥	
السمحيين	المسيحيين	١	١٦٣
استعداً	استعداداً	١٤	
الإحساس النشاط	الإحساس بالنشاط	٤	١٦٥
للتوقف التعاطي	للتوقف عن التعاطي	٧	١٦٨
مؤهل	مؤهلاً	١٥	١٧٣
ذوات	ذات	٤	١٧٤
لا	لاحقين	الأخير والأول	١٧٥-١٧٦
أشكال متعددة من الانتكاس	بين أشكال متعددة من الانتكاس	١٢	١٧٦
مفاهيم الإجهاد	مفاهيم الإرهاق Stress	٤ من أسفل	
الكبير	الكبرى	١	١٧٨
فقرة في أثناء الاستعمار.....وحتى وكمادة منومة لهم.	تنقل إلى الهامش	١٠	١٧٨
بسن	بين	٣	١٨٥
تجيد	تجديد	٧ العمود الأيمن	١٨٨
للمعد	للمعهد	٨	١٩٠
فقد	أنه قد		
تتحو	نحو	١٦	١٩٢

١٩٥	٨	على	حذف
١٩٥	٥ من أسفل	الغالبية	فإن الغالبية
١٩٧	٣ من أسفل	الشعور متزايد	الشعور المتزايد
١٩٨	٤	الهلوسة في ضمن	الهلوسة ضمن
٢٠١	١٨	فقرة وللأسف لا توجد دراسات حول نسبة المدخنين .....حتى في كثير من الدول العربية	حذف
٢٠٩	٦	(النفسي)	(النفسية)
٢١٠	٢ من أسفل	(وقدم العرب إسهاماتهم)	حذف
٢١٠	١٠ من أسفل	العالم	حذف
٢١٢	آخر سطر	عن الأكثر	لأكثر
٢١٢	آخر سطر	وجهاز	وجهاز
٢١٣	٤ من الأسفل	انتصاب من جديد	انتصاب جديد
٢١٦	٣ من السفلى	الإنسان	حذف
٢١٦	آخر سطر	إلى رمزاً لأمة	إلى رمز لأمة
٢١٧	٤	يحققون	يحققوا
٢١٧	١٢	يحتاج	تحتاج
٢١٨	٣ من أسفل	الناجم	الناجمة
٢١٨	آخر سطر	الخوف من خوفه من	الخوف من
٢٢٢	٣ من أسفل	الناجم	الناجمة
٢٢٣	٧	ممن	من
٢٢٣	١٣	المغتصبين	المغتصبين
٢٢٣	٥	بأكال	بأشكال
٢٢٤	١٧	التي	حذف
٢٢٥	٨ من أسفل	أه	أنه
٢٢٦	٦ من أسفل	أطوال	أطوار
٢٢٧	٦	وأعراض نفسية	وهناك أعراض نفسية
٢٢٧	٤ من أسفل	أن تعزى	أن تصنف
٢٢٧	٣ من أسفل	أن تصنف	حذف
٢٢٨	٢	يسبب	تسبب
٢٢٩	٤ من أسفل	فإن	حذف
٢٣٠	٧	أعراضاً	أعراض
٢٣٠	٩	بقت	بوقت
٢٣٠	١٢	أصابت	إصابات
٢٣١	٦ من أسفل	لمسوية	لمسية
٢٣١	٤	الإنجاز في	الإنجاز وفي
٢٣١	١٤	جزءاً أساسياً	جزء أساسي
٢٣٣	١١	بدره	بدرجة
٢٣٣	١٥	حي	حيث

٢٣٦	١٠ من أسفل	و أن ينتبهوا لها ينتبهوا لها	و أن ينتبهوا لها
٢٣٧	١٠	متن	من
	١١ من أسفل	و للأسف لازالت	حذف
	٢ من أسفل	للسبب	للسبب
٢٤٣	٧ من أسفل	الذي	حذف
٢٤٤	٧ من أسفل	مجموعة الاضطرابات	مجموعة من الاضطرابات
٢٤٥	٨	جدا بين الأعراض	جدا التمييز بين الأعراض
٢٤٦	١	يمكن في بعض الحالات	التي يمكنها في بعض الحالات أن تتفاقم نحو
	١٢	البطح	البطاح
	١٤	هاص	خاص
	١٧	يمكن	فيمكن
٢٤٧	٣ من أسفل	بض	بعض
٢٥٣	٦ من أسفل	يعانون	يعاني
	٢ من أسفل	فيه	فيها
٢٥٤	٤	اللغو	اللغة
	٥	عصبيون وقلقون	عصبيين وقلقين
٢٥٥	١	وقلقين	و يقلقون
٢٥٩	٦	يشعرا	يشعروا
	٦	محيطهما بأنه	محيطهم بأنها
٢٦٠	٩ من أسفل	ينمو في وحدة	ينمو وحده
٢٦١	٦	العم	الدعم
	٧ من أسفل	يضرب إلى الطاولة	يضرب على الطاولة
٢٦٢	١١	والأطفال	فالأطفال
	١٢	نقص التوجهات المحددة والثابتة	هذه عنوان فقرة فرعية جديدة
٢٦٤	١٠	ويتضمن المربع التالي بعض الإشارات	حذف
٢٦٤	١٢	العدواني	العدوان
٢٦٦	١٢	ليسوا مجرد أطفال	ليسوا مجرد أطفالا
٢٦٧	١٢	يبلغ	يبالغ
	١٤	يفضلون	يفضلوا
	٧ من أسفل	طعاماً صحياً	الطعام الصحي
	علينا إجبارهم	علينا عدم إجبارهم	
٢٦٨	٥ من أسفل	الذين	الذين
	٤ من أسفل	عليهم	عليهما
٢٧٣	٩	الذكري والأنثوي	الذكورية والأنثوية
٢٧٤	١٥	أشياء	بأشياء
٢٨٠	٥	بقدم	برجل

٢٨٢	١٦	أنه لا يمكن	معرفة أنه لا يمكن
	١٧	التصنيف تستطيع	التصنيف أن تستطيع
	آخر سطر	فإنهم يستطيعون في	فإنهم يكونوا في
٢٨٤	٥	المتخصصين موقفاً	المتخصص يتخذ موقفاً
٢٨٥	٥	السجايا	السجايا
	١٣	وورأس	ورأس
٢٨٦	٨	تحدي	تحديد
٢٨٧	آخر سطر	جون	دون
٢٨٨	١٠	معارات	مهارات
	٤ من أسفل	خلال	خلال
٢٩١	٢ من أسفل	إلى سنه أو	إلى سنه العقلي أو
٢٩٢	١	متخصص نفسي	متخصصاً نفسياً
٢٩٤	٥ من أسفل	داون فإن تكون	داون تكون
٢٩٥	٥ من أسفل	تقديم	تقديم
٢٩٦	٢	فهن	حذف
	٢ من أسفل	ون ثم	ومن ثم
	الهامش	الاحتراف	الاحتراق
٢٩٨	٦	للتعرض	حذف
	١٠	اليوم أن أكثر	اليوم من أكثر
	٧ من أسفل	إلا عوامل	إلى عوامل
٣٠٥	٧	المعانة	المعانة
	١٦	الإمكر	الأمر
٣٠٦	١١	التقصير غي	التقصير في
٣٠٨	٦ من أسفل	في التعلم كلية	في التعلم.
٣٠٩	٥ من أسفل	وعين	معين
٣١١	١٢	عما	عام
٣١٥	١٥	النظرات	للنظرات
٣١٦	١١	والجمباز	والجمباز فاعليتها
	٦ من أسفل	القلق دائمة ومستمرة	القلق بأنها دائمة ومستمرة
٣١٧	٢	يحتاجون	حذف
	١٤	بأهم يشعرون	بأنهم يشعرون
٣١٨	١٧	يستجيبون	أن يستجيبوا
٣٢٠	١٠	متوازن ز منفتح	متوازن ومنفتح
٣٢١	٣	سنالسادسة	سن السادسة
٣٣١	٧	الحب ومتأججون	الحب ويتأججون
	٧ من أسفل	يمكنه	يمكنها
٣٣٢	٤ من أسفل	تحتاج ،ند ملاحظتها	تحتاج عند ملاحظتها
٣٣٣	٦	(	حذف
٣٣٤	٩	في حال "يحترق"	في حال أصبح "يحترق"
	٦ من أسفل	يمكن أن ينشأ لدى البنت	يمكن أن تنشأ لدى البنت
		أن تنشأ	

٣ من أسفل	بإقياء	بإقياءات	
٢	ويشعرون	ويشعرون	٣٣٥
٤	زمن	ومن	٣٣٧
١٦	على للعلاج	على العلاج	
٦	يكونا مكتئبين	يكون مكتئباً	٣٣٨
١١	وانع	وأنه	
٢	بين الطفل وأسرته	بين المراهق وأسرته	٣٣٩
١١	وكحول سوء	وكحول و سوء	٣٤٠
٣	جاني	جانب	٣٤١
الأخير	أنه	أن	
٨ من أسفل	في	حذف	٣٤٢
٦	"وتفكير خرافي"	"والتفكير الخرافي"	٣٤٣
٢ من أسفل	و أغر غرابية	وأشد غرابية	
٨	لا يمتلكان	لا تمتلكان	٣٤٤
٩	نناقش	نحاول	٣٤٧
٩	عريض	عرض	
٤	بعضهم نوع	بعضهم في نوع	٣٤٨
٦ من أسفل	أوروبا الولايات	أوروبا والولايات	٣٤٩
٣ من أسفل	في العدة	في العادة	
٢	ويضع	ووضع	
٢	العاملون عياداتهم	العاملون في عياداتهم	٣٥٠
٥	من ينشأ خلال	ينشأ من خلال	٣٥٦
١١	التماهي	التماهي معه	
٤ من أسفل	المناسبة	المناسب	
٣	ذات	حذف	٣٥٧
٦	في العادة من بشكل	في العادة بشكل	
١٢	معرفة نفس	معرفة نفسه	
٧ من أسفل	يوج	يوجد	
١٠	رابعة التي يمكن	رابعة يمكن	٣٨٥
٥ من أسفل	كيفية يمكن	كيف يمكن	
٥	تقوم	تقويم	٣٥٩
٦	للمريض الشكل	للمريض إلى الشكل	
٩	وكفى	وكفاء	
١٤	وتصلح	ويصلح	
١	التنوع	النوع	٣٦٠
٦ من أسفل	لمختلفة	المختلفة	٣٦٢
٥	الطفولة المبكرة	الطفولة المبكرة	٣٦٣
٤	فهي	فهو	٣٦٤
٦	يعرضها	يعرضه	
١٤	منه	منها	
١٢	وردة و يتم اعتبار	ويتم اعتبار	٣٦٧

٣٦٨	١٠	مطور	مطوراً
	١٣	علا	على
٣٧١	٧ من أسفل	التخلص من يشعر	التخلص من المشكلة يشعر
٣٧٢	١٢	من خلال	حذف
	٤ من أسفل	لولبية التي تُعاش	لولبية تُعاش
٣٧٣	١٣	الكرب	الكلب
٣٧٦	٨	مع	حذف
٣٧٧	٣ من أسفل	ولقول	في قول
٣٧٨	٤	على	حذف
٣٧٩	٤	يحدد	تحدد
	٨	في هذه سيرورة	في سيرورة
	١٥	في بداية	في البداية
	١٦	استخدامها	استخدامه
٣٨٣	١٠	المعالج والمتعالج والمعالج	المتعالج والمعالج
٣٨٤	٦	التي يتم تقديمها	ويتم تقديمه
	٩	إلى نحو مساعدة	إلى مساعدة
	١١	الزوجية أن الجماعية	الزوجية أو الجماعية
٣٨٥	١٢	قفي	في
٣٦٨	١٤	مبادئ المواجهة	حذف
	٤ من أسفل	عن مكثفة	عن جلسات مكثفة
٣٨٧	١١	"والطف"	"والطفل"
	١٧	بيلز	بيرلتر
٣٨٨	١	سواء مان	(سواء كان
٣٨٨	١١	برهنت فاعليتها	برهن فاعليته
٣٨٩	٢	يوجد	حذف
٣٩٠	٩	...الخ)	....الخ
٣٩٢	١٣	قفي	في
٣٩٦	١٣	الأطباء النفسيون الفرنسيون	الطبيبان النفسيان الفرنسيان
	١٤	بتجريب	تجريب
	٥ من أسفل	المعقلات (المعقلات)	المعقرت (مضادات الذهان)
٣٩٧	٣	بلم	لم
	١١	وقفي	قفي
٤٠٠	٥	البرابتوريت	الباربيتوريت
	٩	ChlordiaxepoxidlhkhWE	Chlordiaxepoxid
	١٠	أماناً	حذف
٤٠٣	٤	يمكن	حذف
	١٤	العلمة	العلمة Harelip
	٢ من أسفل	ما لم وصف	ما لم يتم وصف
٤٠٦	١٥	يزداد	تزداد

٤٠٧	١٥	يمنه	يمكنه
٤٠٩	١٢	كما، بعض	كما يبدو أن بعض
	١٣	يبدو أنها	حذف
٤١٨	٥ من أسفل	ككباحات	ككباحات
٤٢٠	١٨	التي يعد	التي منه بينها
٤٢١	١	ولعسر	ويمكن لعسر
٤٢١	١٣	من أجل الآثار	من أجل التخفيف من الآثار
٤٢٤	٣	وعيد	ويعد
٤٢٩	٩	طرق في غير	طرق غير
	٢١	البار	الكبار
٤٣٠	١٤	منتشر	منتشراً
٤٣١	٢	في البداية	حذف
٤٣٣	٣ من أسفل	باستطاعة	حذف
٤٣٧	٣	مفيد	مفيداً
	٢ من أسفل	قفي	في
٤٣٨	٢	بداية فقرة وننصح القارئ المهتم.....حتى المترجم نفسه	توضع في الهامش
	٢ من أسفل	المتطوعون	المتطوعين
٤٣٩	٥ من أسفل	إلى أن	إلى أن
٤٤٠	١	أما كيف يمكن تقويم معالج ما .....حتى ترجمة سامر جميل رضوان	حذف
	١٢	والذار	حذف
٤٤١	٣	المتحسن	التحسن
٤٤٤	٢	لها العلاج أن تسهم في نجاح من	لها أن تسهم في نجاح العلاج
٤٤٦	٣ من أسفل	/	حذف
٤٤٧	٤	أو	حذف
٤٤٨	١١	المستخدم علاج	المستخدمة في علاج
	٤ من أسفل	تقريباً التأثيرات	تقريباً و التأثيرات
٤٤٩	١٨	الأم	الآلم

المحتويات

الموضوع	الصفحة
المقدمة	21
الباب الأول	
الفصل الأول : اضطرابات القلق	
1- أشكال القلق	26
2- أعراض القلق	27
3- الأسباب الفيزيولوجية والنفسية لاضطرابات القلق	29
1.3- بيولوجيا القلق	29
2.3- علم نفس القلق: فرضيات أساسية	32
4- مركبات القلق	37
5- الأشكال الفرعية من اضطرابات القلق	39
1.5- اضطرابات الهلع	39
2.5- اضطراب القلق المعمم	39
3.5- الرهابات	40
6- المجرى	46
7- العلاج	47
1.7- العلاج الدوائي	47
2.7- الأساليب الاسترخائية	47
3.7- العلاج الاستعرافي	48
4.7- العلاج السلوكي	48
5.7- العلاج النفسي العميق	49
6.7- العلاج الاجتماعي	49

49	8- اضطرابات القسر
50	1.8- اضطراب القسر والقلق
50	2.8- مجرى الاضطراب
51	3.8- الأسباب الممكنة
52	4.8- العلاج

الفصل الثاني

الاكتئاب والاضطرابات الوجدانية الأخرى

54	1- ما هو الاضطراب الوجداني؟
54	2- الاضطرابات أحادية القطب وثنائية القطب
56	3- التآرجحات المزاجية بين السواء والاضطراب
56	أولاً: الاكتئاب
59	1- العلامات والأعراض والأعراض المرافقة
59	1.1- المزاج
60	2.1- فقدان الاستمتاع والاهتمام والدافع
60	3.1- التفكير وتقدير الذات
61	4.1- مشكلات اجتماعية
61	5.1- المشكلات الجسدية
62	2- التشخيص
66	3- الاكتئاب الأساسي
67	4- أشكال أخرى من المجرى
67	1.4- الاكتئاب اللانوعي
68	2.4- المجرى المرتبط بالمواسم
68	3.4- اضطراب عسر المزاج
69	5- عوامل الشخصية
71	6- العلاج
71	1.6- علاج الاكتئاب

72	2.6- الأدوية النفسية
74	3.6- مدة العلاج
74	4.6- العلاج الكهربائي التشنجي
74	5.6- العلاج بالضوء
74	6.6- العلاج النفسي
75	7.6- العلاج الاستعراي
76	8.6- العلاج البين شخصي للاكتئاب
76	9.6- العلاج السلوكي
76	10.6- العلاج الأسري
77	7- فاعلية الأساليب العلاجية النفسية في علاج الاكتئاب
77	1.7- خمس وعشرون خطوة في العلاج النفسي للاكتئاب؟
79	2.7- عوامل التأثير
83	3.7- كيف يسير العلاج السلوكي؟
84	4.7- تحديد أنماط التفكير والتصرف الاكتئابية وتعديلهما
86	5.7- الأنماط النمطية للتفكير الاكتئاب
87	6.7- التعديل
92	ثانياً: الاضطرابات ثنائية القطب (الاضطراب الهوسي - الاكتئاب)
92	1- أعراض الهوس
94	2- الاضطراب ثنائي القطب
95	3- أشكال أخرى من المجرى
95	4- الاضطراب الدوري
95	5- علاج الاضطراب ثنائي القطب
95	1.5- في أثناء الهوس الحاد
96	2.5- في أثناء الاكتئاب الحاد
96	3.5- مدة العلاج
96	4.5- العلاج النفسي
99	ثالثاً: العوامل المسببة للاضطرابات الوجدانية
99	1- النواقل العصبية وعوامل بيوكيماوية أخرى

103	2- الهرمونات
103	3- النوم والساعة البيولوجية
104	4- العوامل الوراثية والأسرية
105	5- العوامل النفسية الاجتماعية

الفصل الثالث: الفصام

108	1- الأعراض
108	1.1- الاضطرابات الشكلية للتفكير
109	2.1- اضطرابات الإدراك
109	3.1- الاضطرابات الانفعالية / الوجدانية
110	4.1- الاضطرابات السلوكية
111	2- التشخيص
114	3- الأشكال الإكلينيكية من الفصام
114	1.3- الفصام المزمن
114	2.3- الفصام الذي يبدأ في سن الرشد
115	3.3- أشكال فرعية أخرى من الفصام
116	4- العوامل والأسباب - أحجار الفسيفساء
116	1.4- العوامل الاجتماعية
117	2.4- علاقات الطفل - الوالدين
118	3.4- الاستعداد الوراثي
119	4.4- كيمياء الدماغ
124	5- العلاج
125	1.5- متى تكون الإقامة في المستشفى لازمة
126	2.5- الأدوية ضد الفصام
128	3.5- مبادئ علاجية نفسية اجتماعية والعلاج السلوكي
131	4.5- المنظور المستقبلي بعيد المدى

الفصل الرابع: اضطرابات الشخصية

135	1- مدخل
136	2- المزاج والطبع
137	3- ما هي اضطرابات الشخصية وكيف تنشأ؟
138	1.3- كيف ينمو اضطراب الشخصية
139	2.3- كيف تؤثر اضطرابات الشخصية على الحياة
142	4- أشكال اضطرابات الشخصية
143	1.4- اضطرابات الشخصية الزوربة
143	2.4- اضطرابات الشخصية الفصامانية
144	3.4- اضطرابات الشخصية من النوع الفصامي
145	4.4- اضطرابات الشخصية اللااجتماعية
146	5.4- اضطرابات الشخصية الحدودية
147	6.4- اضطرابات الشخصية الهستيرية
147	7.4- اضطرابات الشخصية النرجسية
148	8.4- اضطرابات الشخصية غير الواثقة بنفسها
149	9.4- اضطرابات الشخصية التعلقية
150	10.4- اضطرابات الشخصية القهرية
151	11.4- اضطرابات الشخصية العدوانية - الكامنة
151	12.4- اضطرابات الشخصية المؤذية لنفسها
152	13.4- اضطرابات الشخصية السادية
153	5- علاج اضطرابات الشخصية
153	1.5- العلاج ذو الاتجاه التحليلي
154	2.5- العلاج النفسي الدوائي
154	3.5- العلاج الاستعرافي

الفصل الخامس

الإدمان: سوء الاستخدام والتعلق بالكحول والمواد الأخرى

157	1- مدخل
158	2- مفاهيم أساسية
159	3- سوء الاستهلاك والتعلق
159	4- أشكال سوء الاستخدام والتعلق
160	5- معايير تشخيص التعلق بالكحول أو بالعقاقير الأخرى
161	6- الاستعداد وعوامل الخطر
163	7- النموذج المرضي
165	8- كيف ينشأ سوء استهلاك المواد؟
165	9- الإنكار والتبرير
165	10- السحب
166	11- الانتكاس
166	12- نصائح من أجل تجنب الانتكاس
168	13- مبادئ علاجية
168	14- أشكال اضطرابات المواد وإمكانات المعالجة
169	1.14 الكحولية وتأثيرها على الصحة النفسية
178	2.14 الهيروين والأفيون
190	3.14 الكوكائين والمنشطات الأخرى
193	4.14 المسكنات والمنومات والمهدئات
195	5.14 الماريجوانا
196	6.14 الفينيلتسيكليدين
197	7.14 مولدات الهلوسة
199	8.14 العقاقير التركيبية
200	9.14 النيكوتين وتدخين التبغ

الفصل السادس الاضطرابات والمشكلات الجنسية

209	1- مدخل
209	2- لمحة تاريخية
210	3- الجنسية السوية والجنسية المضطربة
211	1.3- أشكال اضطرابات الوظيفة الجنسية
212	2.3- النشاطات والممارسات الجنسية
212	4- دورة ردة الفعل الجنسي
214	5- اضطرابات الوظائف الجنسية
215	1.5- الأسباب الجسدية
215	2.5- الأسباب النفسية
217	3.5- اضطرابات الانتصاب عند الرجل وضعف القابلية للإثارة عند المرأة
218	4.5- اضطرابات الرعشة
219	5.5- اضطرابات الشهوة الجنسية
219	6.5- الاضطرابات الجنسية المترافقة مع القرف الجنسي
219	7.5- الألم المرتبط بالجنس
220	6- الشذوذ الجنسي
222	1.6- الأسباب
223	2.6- التشخيص والعلاج
224	7- اضطرابات الهوية الجنسية
225	1.7- اضطرابات الهوية الجنسية في الطفولة
226	8- التحول الجنسي

الفصل السابع الزهايمر والاضطرابات النفسية ذات الأسباب العضوية

227	1- مدخل
228	2- الدماغ السوي والدماغ المضطرب

230	3- الاضطرابات النفسية ذات الأسباب العضوية
232	1.3- مرض الزهايمر
239	4- أشكال أخرى من الخبل الأساسي
239	1.4- الخبل أو الخرف متعدد الجلطات
241	2.4- الخبل أو الخرف في رقاص هونتيفغتون
241	3.4- الخبل أو الخرف في مرض بيك
242	5- اضطرابات دماغية عضوية أخرى
242	1.5- خرف الإيدز
243	2.5- أمراض معدية أخرى
244	6- الأعراض النفسية الناجمة عن أمراض جسدية أخرى
244	1.6- سرطانات الدماغ والأورام الدماغية
244	2.6- نقص التغذية والمواد السامة
245	3.6- أمراض الكبد
245	4.6- الاضطرابات الغددية
245	5.6- أمراض أخرى
246	6.6- استهلاك العقاقير والكحول والسحب
247	7.6- الرضوض الدماغية
248	8.6- العلاجات الطبية
248	9.6- البطاح

الباب الثاني

الفصل الثامن: الاضطرابات السلوكية والانفعالية في سن ما قبل المدرسة

253	1- اضطرابات اللغة والتعبير
254	1.1- اختبار السمع
254	2.1- اللجاجة

255	..... 3.1- العلاج
256	..... 2- الخوف والقلق
256	..... 1.2- الأسباب
257	..... 2.2- قلق الانفصال وقلق الغرباء
258	..... 3.2- مؤشرات لوجود مشكلات
258	..... 4.2- العلاج
259	..... 5.2- كيف يمكننا منع نشوء القلق المبالغ به
259	..... 3- الخجل وتجنب المواقف الاجتماعية
260	..... 1.3- الأسباب
261	..... 2.3- العلاج
261	..... 4- الغضب والسلوك العدواني
262	..... 1.4- الأسباب
264	..... 2.4- الإساءة للأطفال
264	..... 3.4- إعاقة تصريف العدوانية
265	..... 4.4- العلاج
266	..... 5- فرط النشاط
267	..... 6- اضطرابات الأكل
268	..... 1.6- فرط التغذية والسمنة
269	..... 2.6- البيكا (أكل أشياء لا تؤكل)
269	..... 7- اضطرابات النوم
270	..... 1.7- تقلب النوم والكلام أثناء النوم
270	..... 2.7- الكوابيس واضطراب قلق الليل
271	..... 8- التربية على النظافة
271	..... 1.8- تبلييل الفراش
272	..... 2.8- ضبط الأمعاء
273	..... 9- السلوك الجنسي واضطرابات الهوية الجنسية
273	..... 1.9- اللعب الجنسي والسلوك
274	..... 2.9- السلوك الجنسي المعاكس

الفصل التاسع

اضطرابات النمو في سن ما قبل المدرسة

277	مدخل
278	أولاً: اضطرابات النمو
278	1- النمو حتى السنة الرابعة
281	2- الإعاقة العقلية
282	1.2- كيف تنشأ الإعاقة العقلية
283	2.2- التعرف على الإعاقة العقلية
284	3.2- الأسباب
285	4.2- متلازمة داون
285	5.2- التصرف عند وجود طفل معاق
286	6.2- العلاج
287	7.2- سرعة النمو
288	8.2- العلاج
289	9.2- المشكلات النفسية وصعوبات السلوك لدى الأطفال المعوقين عقلياً
290	10.2- المشكلات الأسرية
291	11.2- توجهات عامة للتعامل مع الأطفال المعوقين ومساعدتهم
293	3- الانغلاق (الأوتزمية)
295	1.3- العلاج
296	2.3- المساعدة والدعم والمعلومات للأطفال والأسرة

الفصل العاشر

الاضطرابات النفسية لدى الأطفال في سن المدرسة الابتدائية (مرحلة التعليم الأساسي)

297	1- مدخل
298	2- اضطرابات فرط النشاط

299	1.2- تشخيص الاضطراب
300	2.2- الأسباب
301	3.2- العلاج بالأدوية
302	4.2- العلاج غير الدوائي لاضطراب فرط النشاط
303	5.2- مآل اضطراب فرط النشاط
304	3- العدوانية والعناد
305	1.3- اضطرابات السلوك الاجتماعي
305	2.3- الأسباب الممكنة لاضطراب السلوك الاجتماعي
306	3.3- المجرى والعلاج
307	4.3- اضطراب في سلوك العناد والمعارضة
308	4- اضطرابات الإنجاز المدرسية
308	1.4- الأسباب
310	2.4- اضطرابات القراءة المتعلقة بالنمو
311	3.4- تشخيص اضطرابات القراءة واضطرابات التعلم الأخرى
313	4.4- مآل اضطرابات القراءة واضطرابات التعلم الأخرى
314	5- اضطرابات القلق
314	1.5- اضطراب قلق الانفصال
315	2.5- القلق الاجتماعي (الخوف الاجتماعي)
316	3.5- اضطراب فرط القلق
317	6- الاضطرابات الانفعالية في سن المدرسة
317	1.6- الأعراض
318	2.6- الأسباب
318	3.6- العلاج
319	7- الفصام في سن الطفولة واليافع
320	1.7- الأسباب
320	2.7- العلاج
320	8- تبلييل الفراش

الفصل الحادي عشر المراهقة بين السواء واللاسواء

323	1- مدخل
324	2- سني اليفوع
324	1.2- المراهقة المبكرة
328	2.2- المراهقة المتوسطة
330	3.2- المراهقة المتأخرة
332	3- المشكلات الأساسية في المراهقة
332	1.3- مظاهر لا تستدعي القلق
332	2.3- مظاهر تستدعي القلق
333	3.3- اضطرابات الهوية
334	4.3- اضطرابات الطعام
335	5.3- الاكتئاب في سن المراهقة
339	6.3- الاضطراب القطبي (الاضطراب الهوسي الاكتابي)
339	7.3- اضطراب السلوك الاجتماعي في المراهقة
342	8.3- الفصام

الباب الثالث

الفصل الثاني عشر: المتخصصون في الاضطرابات النفسية

347	1- إيجاد وتقويم المعالج المؤهل مهنيًا
348	2- المجموعات المهنية المتخصصة في علاج الاضطرابات النفسية
350	1.2- الأطباء وتأهيلهم وتدريبهم المستمر
351	2.2- المتخصصون النفسيون وتأهيلهم الإضافي
351	3.2- مجموعات مهنية أخرى
352	3- الأقسام

الفصل الثالث عشر الأساليب العلاجية النفسية

355	1- مدخل
356	2- أهداف العلاج النفسي
357	3- منافع العلاج النفسي
358	4- أشكال العلاج النفسي
359	5- المعالجات الفردية
359	1.5- العلاج النفسي الداعم (غير النوعي)
360	2.5- منافع المعالجة
361	3.5- التأثير
362	4.5- التدخل في الأزمات
362	6- العلاجات النفسية المعمقة
364	1.6- التحليل النفسي
368	2.6- العلاج النفسي القائم على التحليل النفسي
369	3.6- العلاج النفسي الديناميكي القصير
371	7- الأساليب العلاجية السلوكية
371	1.7- التطور والمبادئ الأساسية
372	2.7- تحليل الظروف
372	3.7- الإشراف التقليدي والإجرائي، التعلم وفق النموذج وتقنيات ضبط الذات
373	ضبط الذات
375	4.7- تمرينات الاسترخاء (الاسترخاء العضلي التصاعدي)
376	5.7- خفض الحساسية المنتظم
376	6.7- أساليب المواجهة
377	7.7- ضبط الذات وتوجيهها وتعزيز الذات
377	8.7- التمرن على السلوك، تدريبات الثقة بالنفس، تعليم المهارات الاجتماعية
378	9.7- التعلم وفق النموذج

378	10.7- نظام التعزيز بالنقاط
378	8- العلاج الاستعرافي
379	1.8- منافع المعالجة
379	2.8- التأثير
380	3.8- أخطاء منتشرة من التفكير
381	9- أشكال أخرى من العلاج
381	1.9- العلاج بالتنويم
383	2.9- العلاج النفسي بالمحادثة (المتمركز حول المتعالج)
383	3.9- المبادئ العلاجية الإنسانية
384	10- العلاج النفسي في المجموعة
384	1.10- أسس العلاج ضمن المجموعة
386	2.10- أشكال من العلاج في المجموعة
388	3.10- منافع العلاج النفسي ضمن المجموعة
388	11- العلاج الأسري
389	1.11- منافع العلاج الأسري
398	2.11- أسلوب العمل
392	3.11- علاج الزوج أو الشريك
392	12- مجموعات المساعدة الذاتية ومجموعات المعنيين

الفصل الرابع عشر

استخدام الأدوية والأشكال الأخرى من العلاج الجسدي

395	1- مدخل
395	2- لمحة تاريخية مختصرة
397	3- تأثير العلاج الدوائي
399	4- كوابحات القلق والتوتر (المهدئات والمسكنات)
400	1.4- البنزوديازيبانات

404	5- أدوية أخرى ضد القلق واضطرابات النوم
404	6- مضادات الاكتئاب
406	1.6- طريقة التأثير
407	2.6- التأثيرات الجانبية لمضادات الاكتئاب
409	3.6- مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة
410	4.6- كابحات الحمض الأميني الأحادي
417	5.6- مضادات الاكتئاب من الجيل الثاني
419	7- مضادات الذهان (المعقلات)
419	1.7- التأثير
420	2.7- التعامل مع المخاطر الأساسية
424	8- الليثيوم
424	1.8- التأثير
425	2.8- المخاطر والتفاعلات
426	3.8- التأثيرات الجانبية
427	9- مضادات التشنج
427	1.9- التأثير
427	2.9- المخاطر والتأثيرات الجانبية والتفاعلات
427	10- المنبهات النفسية
428	1.10- التأثير
428	2.10- المخاطر والتأثيرات الجانبية والتفاعلات
429	11- العلاجات الجسدية غير الطبية
429	1.11- العلاج بالتشنج الكهربائي
432	2.11- العلاج بالضوء
433	3.11- الإرجاع الحيوي
434	4.11- تغيير الطعام

الفصل الخامس عشر

فاعلية العلاج الدوائي والعلاج النفسي للأمراض والاضطرابات النفسية

437	1- مدخل
438	2- معايير تقويم فاعلية العلاج
438	1.2- الأدوية النفسية
439	2.2- أبحاث العلاج النفسي
440	3- فاعلية العلاج النفسي
440	1.3- العوامل المؤثرة في الفاعلية
441	2.3- خبرات النجاح
443	3.3- المبادئ العلاجية المتخصصة
444	4.3- فشل العلاج النفسي
446	4- فاعلية العلاج الدوائي
446	1.4- العوامل المؤثرة في النتيجة
449	2.4- فشل العلاج الدوائي
450	5- مقارنة العلاجات والتوليف بينها

مقدمة المترجم

يتناول هذا الكتاب مجموعة من المواضيع المتعلقة بالاضطرابات النفسية في مرحلة الرشد والطفولة واليافوخ والعلاج النفسي بأسلوب يعتمد الموضوعية العلمية مستنداً إلى آخر المعارف النفسية في هذا الميدان يندر أن نجد مثيلاً له في الموضوعات الموجودة في اللغة العربية. سواء فيما يتعلق بأسلوب العرض المتعلق بالأمراض والاضطرابات النفسية أم بالاعتماد على آخر ما توصلت إليه منظومات التصنيف العالمية الرائجة من نحو التصنيف العالمي للاضطرابات النفسية العاشر ICD-10 الصادر عن منظمة الصحة العالمية والدليل التشخيصي والإحصائي الرابع الصادر عن الجمعية النفسية الأمريكية DSM-IV. هذا بالإضافة إلى العلاج النفسي وحدوده وإمكاناته والمتخصصين بالعلاج النفسي وممارسيه.

تشير تقارير منظمة الصحة العالمية إلى أن حوالي مليون شخص في العالم يعانون من مشكلات سلوكية ونفسية وعصبية وعقلية في كل لحظة وفي وقت من أوقات حياتهم وحوالي 873,000 شخص يموتون بالانتحار كل سنة، وربما أضعافاً مضاعفة بالحوادث الناجمة عن المشكلات النفسية. وتعاني جميع بلدان العالم من مشكلات الصحة النفسية، وتسبب للمعنيين أشد أنواع المعاناة وتؤدي إلى تضرر نوعية الحياة، وفقدان متعتها وبهجتها. وتكلف هذه الاضطرابات تكاليف اجتماعية واقتصادية يصعب تصور حجمها في عالم متقلب ومتحول، يشكل الفقر فيه النسبة الغالبة من سكان الأرض، ويعد في الوقت نفسه سبب كل المصائب والأذى الذي يلحق بالصحة النفسية.

وكل هذا يدفع إلى الاهتمام المتزايد نحو مزيد من الفهم لطبيعة الاضطرابات والأمراض النفسية وأشكال ظهورها وتطورها، ونحو الاهتمام أكثر بالطرق العلاجية المناسبة لمواجهتها والتخفيف من تأثيراتها الاقتصادية والاجتماعية على مستوى الفرد والجماعة.

ويسهم هذا الكتاب في أن يكون كتاباً مرجعياً لطلاب علم النفس والطب والمتخصصين النفسيين والأطباء النفسيين، من أجل الحصول على المعلومات

الأساسية التي لا غنى عنها لكل متخصص يعمل في هذا الميدان. كما يمكنه أن يكون معيناً أيضاً لأصحاب المعاناة أنفسهم وذويهم وأقاربهم من أجل فهم طبيعة الأمراض والاضطرابات النفسية والتعامل معها بطريقة علمية وموضوعية والمساعدة على تفهمها وتفهم معاناة الذين يعانون منها، ومعرفة حدود وإمكانات العلاج الطبي النفسي والعلاج النفسي النفساني.

وتتيح نظرة عامة إلى محتويات الكتاب لتؤكد شمولية واتساع نطاق المشكلات التي يعالجها. فمن الاضطرابات النفسية "التقليدية" كالقلق والاكتئاب والفصام، إلى مناقشة طائفة أخرى واسعة من المواضيع كاضطرابات الشخصية والاضطرابات الجنسية والإدمان والتعلق والعواقب النفسية والاجتماعية الناجمة عن أمراض الإدمان وسوء استخدام المدمنات والمكيفات، ومرض الزهايمر والمشكلات النفسية في سن الطفولة واليوق والعلاج النفسي بأشكاله المختلفة وإمكاناته وحدوده العلاج الدوائي وحدوده وإمكاناته، ناهيك عن المعلومات الضرورية لكل مريض وأسرته حول كيفية التعامل مع الأدوية النفسية وأعراضها الجانبية. كل هذه الوجوه تعطي للكتاب أهميته ككتاب لا غنى عنه لكل مهتم ومتخصص في هذا الميدان.

يأمل المترجم أن يكون بإسهامه هذا قد استطاع تقديم مساهمة في الفهم التخصصي الصحيح للأمراض والاضطرابات النفسية وميدان العلاج النفسي، وهو هدف كان دائماً مطلباً في سبيل التمهين والتأصيل العلمي لهذا الميدان الذي مازال مشوباً بكثير من التشوش والغموض وسوء الاستعمال في الوطن العربي.

و الله من وراء القصد...

أ.د. سامر جميل رضوان

الباب الأول

صفحة زوجية فارغة

يوضع بدلاً عنها صفحة بيضاء عند الطباعة النهائية.

الفصل الأول

اضطرابات القلق

يعاني كثير من الناس من اضطرابات القلق أكثر من أي شكل آخر من أشكال الأمراض النفسية: فكل واحد من خمسة يعاني في مجرى حياته من واحد من اضطرابات القلق التي سنتعرض لها في سياق هذا الفصل. بالإضافة إلى ذلك يشكل القلق عرضاً متكرراً يمكن أن يظهر مع كثير من الاضطرابات النفسية الأخرى كالفصام والاضطرابات الوجدانية والاضطرابات الجنسية.

تشكل اضطرابات القلق مجموعة من الأمراض النفسية الموصوفة عيادياً، التي تمتلك كل واحدة منها سماتها وأسبابها وعلاجها الخاص. ومن ضمنها مثلاً اضطرابات القلق المعمم واضطراب الهلع، والرهاب (الرهابات الخاصة، الرهابات الاجتماعية، ورهاب الأماكن العامة)، واضطراب القسر، واضطراب التلاؤم مع مزاج خواف واضطرابات الضغط التالية للصدمة.

وعلى الرغم من انتشار اضطرابات القلق فإنه يغلب ألا يتم اكتشافها وعلاجها. وبما أن القلق يترافق مع كثير من الأعراض الجسدية الشديدة فإنه غالباً ما يعتبر الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات القلق أنفسهم مرضى بأمراض جسدية. وبالتالي يسعون من أجل التشخيص والعلاج العضوي. وعلى الرغم من أنه قد يخمن الأطباء الذين يلجأ هؤلاء بأنهم لا يعانون من شيء، إلا أنهم لا يفتنون إلى التشخيص والعلاج المناسب لاضطراب قلق.

وبعض الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات قلق يعتادون على خوفهم إلى درجة يعتبرون كونهم دائماً عصبيون ومتوترون أمراً عادياً. ويعتبرون قلقهم جزءاً من

نمط شخصيتهم إن صح التعبير. وكثير من المعنيون يلجئون إلى الكحول وعقاقير أخرى أو الأدوية من أجل التخفيف من انزعاجهم. والنتيجة أن كثير من الذين يعانون من القلق غالباً ما يعانون من مشكلات مع الكحول.

إن التطور الحديث في مجال المعالجات الدوائية والنفسية حسن الأمل بشكل كبير بالنسبة لكل أولئك الذين تم طرح التشخيص السليم لديهم. وفي الواقع فإن 80% من الذين يعانون من اضطرابات القلق يمكن علاجهم بالعلاج النفسي أو الدوائي. بل أن من يعاني من أشكال خفيفة من القلق والرهابات والقسر يمكنه حتى أن يتعلم التحكم بردود أفعاله بنفسه.

1- أشكال القلق

يعتبر القلق أو الخوف ردة فعل طبيعية وإنسانية على الخطر من جهة، ومن جهة أخرى يمكنه أن يكون عرضاً لاضطراب نفسي. وفي اللغة الدارجة غالباً ما يستخدم مصطلح "القلق" مرادفاً "للإرهاق Stress" و"الخوف" التي يشترك معها في كثير من السمات. وكل هذه الحالات عبارة عن حالات من التوتر الفيزيولوجي تتم من خلالها الاستجابة إلى خطر مدرك.

وليس بالضرورة أن يكون الخوف Fear والقلق Anxiety من أشياء أو مواقف معينة دلالة مرضية. فكل منا يعرف تعرق الكفين ومشاعر القلق عندما يكون عليه الحديث أمام مجموعة كبيرة من الناس أو عندما يكون بانتظار أحد أفراد الأسرة القادم ليلاً في الطقس السيئ أو عندما يستدعيه مديره في مناسبة غير ملائمة. ويمكن للقلق أن يكون كالإرهاق والخوف ردة فعل مفيدة ويحث فينا ضرورة أن نكون أكثر فاعلية - ربما من أجل تحضيرنا للمقابلة مع مديرنا من أجل تحذيرنا أجل تحذير ابننا المراهق بعدم التأخر عن المنزل عندما يغطي الجليد الطريق.

غير أن كثير من عوامل الإرهاق في أيامنا هذه غير واضحة أو لا يمكن تجنبها. فالمشكلة المستعصية كالعلاقة السيئة مع المدير يمكن أن تسبب التوتر والقلق

باستمرار. كما ويمكن لانقلاب عارض في الحياة كالطلاق أو تغيير مكان السكن أن يترافق بطور من التوتر والضيق.

2- أعراض القلق

يعتبر الانزعاج أو الضيق أو الخوف أو القلق المرعب وعدم اليقين وخفقان القلب والعصبية وعدم الصبر والقابلية للإثارة وصعوبات التركيز من أكثر أعراض القلق. أما قائمة الأعراض الممكنة فهي أطول. وغالباً ما يكون التنفس والقلب أكثر الأعراض ملاحظة: منها خفقان القلب وصعوبات في التنفس ومشاعر الدوار والشعور آلام في الصدر. ومن الأعراض الأخرى أعراض الجهاز المعدي والمعوي ومشاعر الإقياء والإمساك والإسهال. ومن مجالات الأعراض الأخرى يمكن تعداد الارتجاف والقشعريرة وهبات الحرارة وآلام العضلات وجفاف الفم والأرق والتعب.

ويمكن لكل هذه الأعراض أن تظهر بدرجات مختلفة. بل أن بعض الناس يعتقدون في الحالات المتطرفة من الخوف بأنهم سيموتون من نوبة قلبية.

وعندما يصل القلق إلى درجة يضر فيها بقدرات الإنسان وبمواجهته للحياة وبالاستمتاع بها فإننا نكون عندئذ في مواجهة اضطراب القلق.

هل قلقك قلق منهم للتكيف أم لا.....

قيم خوفك

على الرغم من أن كل اضطراب من اضطرابات القلق التي سنعالجها في هذا الفصل لها معاييرها التشخيصية الخاصة، فإنه من الممكن أن يكون مفيداً لو تم فحص القلق الذي تعاني منه أو يعاني منه أحد أفراد أسرتك استناداً إلى كونه قلقاً منمياً للتكيف أو التلاؤم أم لا. هل يحثك قلقك على مواجهة التحديات التي تواجهك - على نحو الدراسة للامتحان أو على العمل في مهمة جديدة مهمة؟ أم أنه يسبب الضيق إلى درجة تعيق رضاك عن الحياة وقدراتك؟

اطرح على نفسك الأسئلة التالية:

= إلى أي مدى تشعر بالإرهاق من خلال خبرة القلق؟ هل تتهم أو تخشى من أن يعود؟

= هل تحتوي الخبرة التي تشير لديك القلق سبباً مبرراً للقلق؟ فالخوف من القرش يمكن مثلاً أن يكون منطقياً عندما يسبح الإنسان في بحر يوجد فيه القرش أما عند السباحة في المسبح أو البحيرة فإنه غير مبرر إطلاقاً.

= ما الذي تقوم به من أجل تجنب الخبرة المقلقة، وإلى أي مدى يضر سلوك التجنب هذا بحياتك؟ وعليه فالخوف من الطيران قلما يزعج الشخص الذي لا يطير كثيراً، غير أن الأشخاص الذين يرغبون بالتعرف على البلدان البعيدة أو لا بد لهم من السفر من أجل تحقيق النجاح المهني أو ما يشبه ذلك، يضيعون من خلال التخلي عن الطيران فرصاً كثيرة من السعادة والنجاح في حياتهم. وفي كثير من أشكال القلق كالقلق الاجتماعي تكون المعابر بين القلق الطبيعي والمرضي مطاطة.

بعض الأمثلة:

- 1- في المناسبات الاجتماعية تكون خجولاً ومكفوفاً في البداية غير أنك تتغلب على هذا الشعور مع الوقت وتتبادل الحديث مع الموجودين.
- 2- تشعر بالضيق في غالبية المناسبات الاجتماعية، غير أنك تجبر نفسك على الذهاب هناك إذا كان ذلك ضرورياً. إنك قادر على عيش حياة ذات معنى تلعب فيها السهرات أو الحفلات دوراً ضئيلاً.
- 3- إنك تشعر بمثل هذا الضيق عندما يكون لابد لك من الذهاب إلى مناسبة اجتماعية إلى درجة تتوقف فيها عن الاهتمام بالعلاقات الاجتماعية - على الرغم من أنك تتمنى الذهاب إليها والمشاركة فيها وتجاذب أطراف الحديث. إنك تشعر أن نوعية حياتك منخفضة.

4- إنك تعاني من قلق شديد من مغادرة منزلك ولقاء الآخرين - هل تظل لهذا السبب في المنزل؟ هل أنت غير سعيد غير أنك لا تعرف ما الذي عليك القيام به؟.

في المثال الثالث والرابع يسبب الخوف تقييدات شديدة في الحياة اليومية ويعيقك عن أن تحيا حياة مقبولة وذات معنى. وفي مثل هذه الحال فإنه من المفيد السعي نحو الحصول على مساعدة متخصصة.

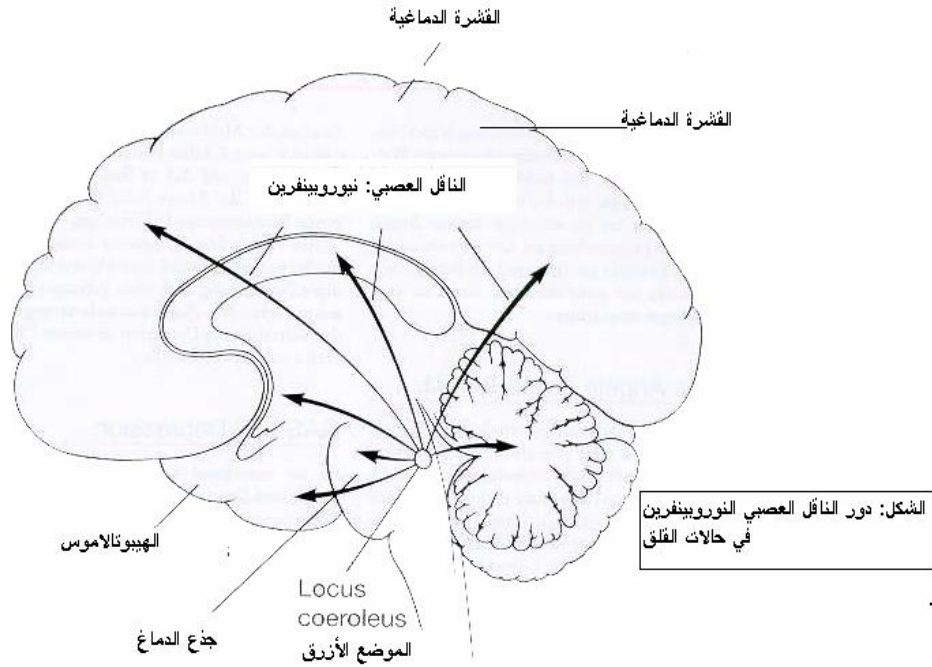
3- الأسباب الفيزيولوجية والنفسية لاضطرابات القلق

تمثل اضطرابات القلق مثلاً جيداً للعلاقة المعقدة بين العوامل النفسية والجسدية في الاضطرابات النفسية.

1.3- بيولوجيا القلق

يعتقد بعض الباحثون أن أسباب اضطرابات القلق تعود لأصول بيولوجية أكثر منها للأصول النفسية. ولكن فيما إذا كان هذا صحيحاً أم لا فإنه غير واضح. غير أنه وفي كل الأحوال لا يمكن تجاهل المركبات البيولوجية للقلق. وقد ظهرت أولى الدلائل من الدراسات التي أظهرت أن اضطرابات القلق تظهر في أسر معينة. وحديثاً أظهرت دراسات أجريت على التوائم أن التوائم السيامية (التوائم من بويضة واحدة) يحتمل لهم يعانون من حالات من القلق بدرجة أكثر من التوائم غير السيامية (التوائم من بويضتين مختلفتين)، حتى لو تمت تربية الطفلين منذ الولادة بشكل منفصل في أسرتين مختلفتين.

وعلى الرغم من أنه حتى الآن لم يتم اكتشاف المورث (الجين) المسؤول عن توريث القلق وما زلنا لا نمتلك صورة واضحة عن السمات البيولوجية التي تجعل إنسان ما يحمل استعداداً للقلق، غير أنه توجد كثير من الدلائل المهمة.



ووفقاً لإحدى النظريات فإن القلق غير الطبيعي يحدث من خلال فرط نشاط النوربينفرين Norepinephrin، وهو عبارة عن ناقل عصبي يحدث وظائف معينة من الدماغ. ويتم إنتاج النوربينفرين في باحات معينة من الدماغ، في الموضع الأزرق Locus coeruleus. فعندما تتم إثارة هذه الباحة كهربائياً عند الحيوان فإنه يظهر عندئذ ردة فعل الخوف أو القلق. ويعتقد الباحثون أن الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات القلق لديهم فرط إفراز النوربينفرين أو الكثير من الخلايا العصبية التي تستقبل النوربينفرين أو أن هذه الخلايا العصبية مفرطة النشاط. ومن الممكن أيضاً أن هذه الخلايا العصبية لا تنتج كفاية من المواد المهدئة للذات، التي يعتقد العلماء أنها تساعد الدماغ في كبح تأثير النوربينفرين (كما هو موضح في الشكل 1) أو أن تركيزها غير كاف من أجل تحقيق هذه المهمة.

ويمكن لحمض اللبن أن يلعب دوراً مهماً في الإسهام في حدوث اضطرابات القلق، وبشكل خاص في نوبات الهلع. وحمض اللبن عبارة عن مركب كيميائي يتشكل في الجسد بشكل طبيعي بعد القيام بمجهود عضلي شديد. وقد بدأ العلماء الاهتمام بهذه المادة عندما لاحظوا أن بعض الأشخاص يعانون من نوبات الهلع بعد القيام بمجهود عضلي شديد. وقد قام الباحثون على سبيل التجريب بحقن تركيب مشابه لحمض اللبن يدعى Naturium lactate لأشخاص عانوا في الماضي من نوبات هلع وتمكنوا بهذا من إثارة نوبات هلع اصطناعية. وبمجرد أن توقف الحقن اختفت أعراض نوبة الهلع. وهناك دليل آخر على دور حمض اللبن وبالتالي على اضطرابات الاستقلاب المرتبطة به يتمثل في أن أدوية نفسية معينة - ككابتات الحمض الأميني الأحادي Mono amino oxidase inhibitors - التي يرمز لها اختصاراً (M.A.O.I) أو تسمى Psychoenergizer ومضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة وبنزوديازيبانات معينة (المهدئات) يمكنها أن تمنع أن يسبب اللاكتوز الطبيعي نوبة هلع لدى هؤلاء الأشخاص.

كما وأن فرط التهوية، أي التنفس السريع والخاطئ الذي يسبب اضطراب في مستوى غاز ثاني أكسيد الكربون Carbon dioxide في الدم يمكن أن يلعب دوراً. ففرط التهوية غالباً ما يكون عرضاً مرافقاً للقلق ونوبات الهلع. ومن خلال رفع كمية غاز ثاني أكسيد الكربون في الهواء يمكن لدى غالبية المرضى ممن يعانون من هذا الاضطراب إحداث نوبات من الهلع.

ونحن لا نملك معلومات مؤكدة حول الدور الدقيق لفرط التهوية وغاز ثاني أكسيد الكربون في اضطرابات القلق، غير أنه من الممكن أن غاز ثاني أكسيد الكربون يثير الموضع الأزرق وبالتالي يرفع من إنتاج أو نشاط النوريبينيفرين. وعلى الرغم من أن ولا أي من هذه "النظريات البيولوجية" يمكنها أن تفسر كل أشكال القلق إلا أنها وسعت بشكل جوهري من فهمنا لآليات القيادة في أمراض القلق وبالتالي أسهمت في تحسين الطرق العلاجية المختلفة.

المعالجة الذاتية للقلق

يمكن في الحالات الخفيفة من القلق أن نتعلم مساعدة أنفسنا. ففي فصل الأساليب العلاجية النفسية تم وصف طرق عملية من الاسترخاء، من ضمنها التنفس المضبوط (أنظر مقطع تقنيات الاسترخاء والتمارين).

وربما سوف تلاحظ أنه يمكننا التغلب على مخاوفنا الذاتية من خلال مواجهتها بشكل منهجي بدلاً من الهروب منها وتجنبها. ويمكنك بنفسك المحاولة في هذا الاتجاه بالتدريج. اقترب من الموقف المسبب للقلق أو الخوف بالتدريج، خطوة بخطوة. فإذا كنت تخاف مثلاً من الأماكن المغلقة، حاول أن البقاء في غرفة يكون فيها الباب نصف مغلق، اترك الباب مفتوحاً وأبقى هناك أطول مدة ممكنة بقدر ما تستطيع. كرر هذا التمرين حتى يختفي الخوف. حاول بعد ذلك أن تغلق الباب. وبمجرد أن تستطيع تحمل هذه المرحلة الدخول في خزانة تتسع لك، واطرك الباب نصف مفتوح، ثم أغلقه. وإذا بدا أن خوفك لم يتراجع مهما كنت دقيقاً في تنفيذ التمرين فإنه ينصح بطلب المساعدة من متخصص. كثير من الناس يلاحظون أن هذه الطريقة قد ساعدتهم على التخلص من كثير من الشكاوى المرهقة التي اعتقدوا أنهم لن يتخلصوا منها أبداً.

2.3- علم نفس القلق؛ فرضيات أساسية

هناك الكثير من النظريات النفسية حول القلق واضطراباته تتوافق في جزء كبير منها مع وجهات النظر البيولوجية المذكورة، وتقدم الجزء الآخر رؤى مختلفة كلية حول تفسير وفهم القلق ونمو اضطراباته.

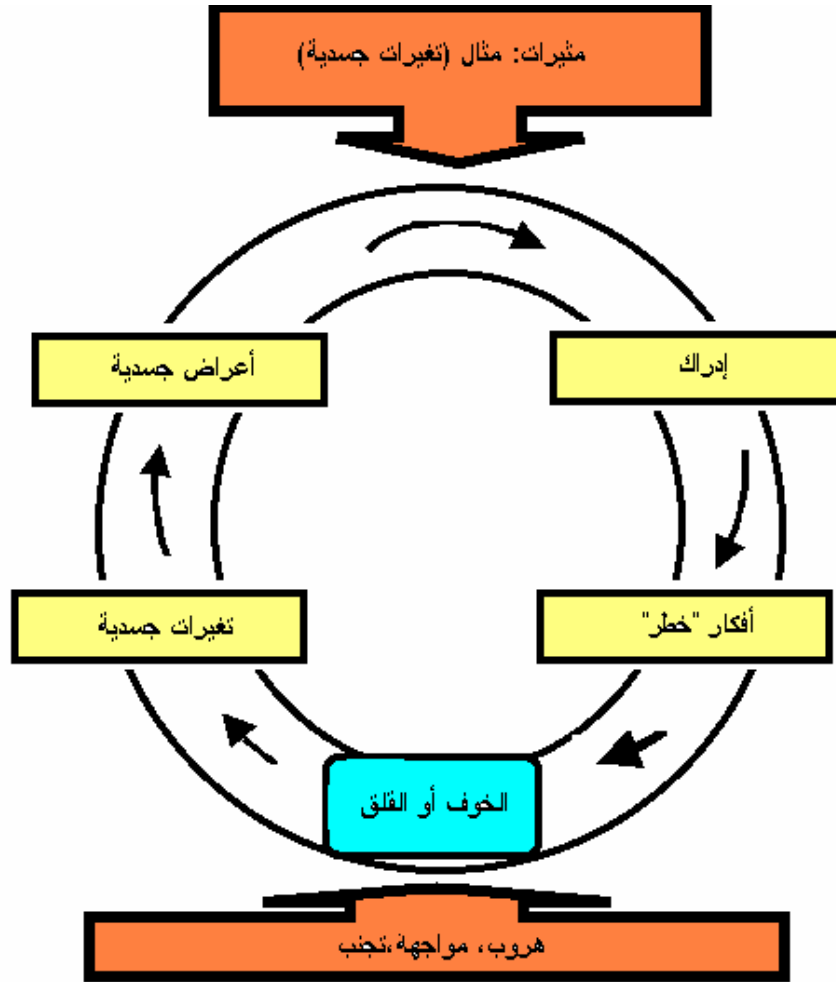
1.2.3- ردود فعل القلق بين السواء والاضطراب

تعتبر النماذج النفسية القلق شعوراً أساسياً طبيعياً، يظهر لدى كل إنسان، مثله مثل الغضب والحنق والفرح والحزن. وغالباً ما يظهر القلق وفق نتائج الأبحاث النفسية في المواقف التي يتم تقييمها على أنها مهددة وغير مضمونة وغير قابلة للسيطرة، وغالباً ما تعايش على أنها مواقف غير مريحة. ويتفق الباحثون النفسيون مع نتائج البحث البيولوجي على أن القلق أو الخوف عبارة عن شكل طبيعي من ردود الأفعال المتجذر بيولوجياً في عضويتنا. بل وأن المخاوف تظهر في أثناء مراحل معينة من نمونا بشكل منتظم وتغلف النمو الطبيعي، على نحو خوف الأطفال الصغار من الغرباء المسمى "قلق الغرباء".

ويمكن لخبرات القلق أن تظهر بأشكال مختلفة جداً. ويحتمل أن يكون كل الناس تقريباً قد عانوا مرة من القلق أو الفزع، كما هو الحال في المواقف الخطيرة في أثناء السفر. والأمر المميز هنا هو الظهور المفاجئ للخوف مع خفقان القلب الشديد مع أفكار النجاة من الموقف "هذه المرة أنت سليمة" والشعور بالرغبة في النزول من أجل استرداد الأنفاس.

كما وغالباً ما تتكرر مشاعر الخوف من موقف قد لا يكون مرغوباً، كالامتناع من دخول غرفة الصف بسبب الخوف من امتحان صعب مثلاً. فهنا يستمر الخوف لفترة أطول وقبل حدوث الموقف الفعلي، ويتميز من خلال المخاوف المقلقة، كالخوف من الرسوب أو الفضيحة. كما وأن كثير من الناس، وبشكل خاص أولئك الذين يعانون من أوضاع حياتية صعبة متآلفون مع مشاعر القلق والهموم المقلقة التي تستمر لأسابيع أو حتى لأشهر متعلقة بإمكانية أن يحصل مكروه للأولاد أو يبدو لهم أنه لا مفر من الهموم المادية أو المهنية. وهنا غالباً ما تتبدل محتويات القلق بسرعة، ويضطرب النوم وتكثر لديهم الأوجاع أو الشكاوى الجسدية كتسرع القلب ونوبات التعرق وعدم الهدوء الجسدي. وهناك أشخاص غالباً يخبرون قلقاً مرعباً يظهر فجأة وغير مفهوم ظاهرياً، قلما يستطيعون تحمله. وهنا غالباً ما لا يكون معروفاً كثيراً، أنه ليست التغيرات الحياتية المعينة والإرهاقات والمواقف الملموسة وحدها التي يمكنها أن تسبب الخوف أو القلق وإنما الأحاسيس الجسدية

نفسها، كملاحظة الإنسان أنه لا يستطيع التنفس بشكل صحيح ومشاعر الاختناق، يمكنها أن تسبب مشاعر الخوف أيضاً.



شكل تخطيطي يمثل الحلقة المفرغة لنوبة الهلع

2.2.3- تعلم ردود فعل القلق

نلاحظ خلال هذه الأمثلة أن القلق لا يمتلك الكثير من الوجوه فحسب وإنما أسباب مختلفة أيضاً، كالمواقف الخطيرة والأحداث الحياتية المرهقة والمهموم. كما ويمكن للقلق وارتكاسات القلق أن تظهر في سياق الأمراض الجسدية. وكمثال هنا نذكر شكاوى القلق عند فرط نشاط الغدة الدرقية أو في أمراض القلب. وعلى الرغم من أن هذا القلق على سبيل المقارنة نادراً ما يحدث إلا أنه لا بد من استبعاد تأثيرها عند وجود شكاوى القلق من خلال فحص الطبي. ولهذا تحدث عن قلقك مع طبيبك الخاص. إن غالبية المواقف التي نشعر فيها بالقلق أو الخوف يتم تعلمها في مجرى حياتنا. وهنا أظهر علم نفس التعلم بأن الخبرات غير المرغوبة أو المخيفة ضمن ظروف محيطية معينة يمكن أن تقود أن يتجنب الإنسان منذ هذه اللحظة المواقف المشابهة أو لا يتمكن من مواجهتها إلا بمعاناته من قلق شديد. مثل ذلك عندما يتعطل المصعد بشكل غير متوقع أبداً بسبب عطل كهربائي، بحيث ينطفئ النور وتتوقف المروحة عن الدوران ولا يعود يتسرب أي صوت أو بصيص ضوء إلى المصعد المغلق. وفي مثل هذه المواقف يمكن لحوادث وتصرفات لم تكن بالأصل تسبب أية مشكلة أن ترتبط بشكل آلي مع أفكار آلية وتقود في المستقبل إلى أن ينمو عند الإنسان اتجاه مختلف جداً من مثل هذا النوع من المواقف (الصعود في المصعد)، ويعاني من الخوف أو أنه يتجنب مثل هذه المواقف.

3.2.3- ردود فعل القلق وردود الفعل على الإرهاقات الشديدة

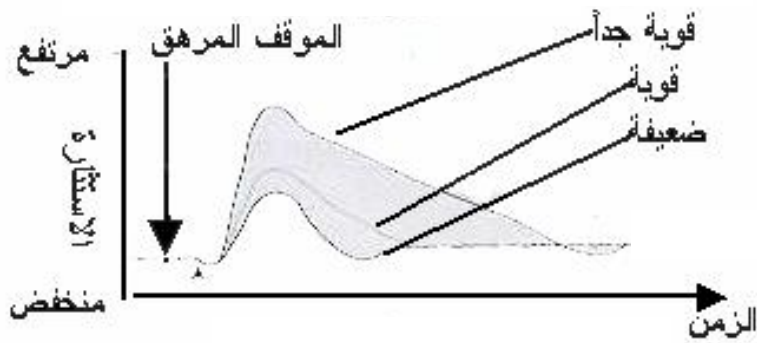
أثناء تطورنا التاريخي كمخلوقات بشرية تطور الخوف أو القلق بوصفه ردة فعل ذات قيمة عالية من أجل البقاء. فعندما كان الإنسان ما يزال يعيش في الطبيعة كان الخوف ضروري من أجل الحياة. حيث كان يهيئ الجسد من أجل النزال أو الهروب. وما زال نوع من الخوف أو القلق حتى يومنا هذا أمراً طبيعياً وضرورياً بوصفه إشارة خطر. فالخوف أو القلق إذاً مفيد وطبيعي بوصفه ردة فعل إنذار سريعة ولا شعورية. فعندما نعبث الشارع مثلاً ونسمع فجأة صوت منبه سيارة مسرعة قادمة تجعلنا ردة الفعل الآلية هذه نقفز بسرعة إلى طرف الشارع وبهذا فإنها تكون قد أنقذتنا من حادث مهلك. أما التغيرات النموذجية والمتطرفة والسريعة الطارئة على الجسد فتفيد

في تحضير الجسد للتصرف السريع، كالركض سريعاً عندما يرتكب الإنسان خطأ مهدداً للحياة. ويرتفع هنا عدد نبضات القلب بشكل سريع جداً وتتوتر العضلات، بحيث يبتعد الإنسان عن الخطر بأكبر قدر من السرعة الممكنة.

وهناك فائدة أخرى للقلق أو الخوف أنه يشكل إشارة إنذار يحذر العضوية ويرفع من الانتباه. فعندما نقرب من موقف خطير كتسلق الجبال أو الامتحان أو قيادة السيارة فوق طريق يغطيها الجليد، فإن جسدنا يرسل إشارات تحذرننا من الأخطار المهددة للحياة. عندئذ يخفق قلبنا بشدة ونتصرف بحذر أكبر وأكثر تركيزاً ونخطط بطريقة أخرى. وقبل الامتحان يدفعنا مقدار معين من الخوف أو القلق نحو التحضير للامتحان بشكل جيد.

ولكن عندما يتجاوز القلق مقداراً معيناً، فإنه يسبب الضرر أكثر من الفائدة. فالقلق المفرط يقيد تفكيرنا وسلوكنا ويضيق، كما أثبت علم النفس، من القدرة على التركيز والإنجاز. بالإضافة إلى ذلك يمكن للقلق الشديد أن يعرضنا للخطر في المواقف الحرجة جداً، ذلك أنه يمكنه أن يقودنا إلى ردود فعل متسارعة ومخجلة وبدون تفكير. ومن هذا المنظور فإنه من المهم من أجل فهم القلق (أو الخوف) في علم النفس أن ندرس العلاقة بين القلق الإرهاق (الإجهاد).

ردّة فعل الإرهاق



نشهد كل يوم عدداً كبيراً من الإرهاقات الشديدة منها والضعيفة (المرور، الإزعاج في العمل ... الخ)، التي يمكن لها أن تسبب لنا ردة فعل الإرهاق Stress reaction.

وكما يتضح من الشكل السابق، يحدث بسرعة وبشكل آلي بعد ظهور موقف مرهق ارتفاع في ردود فعل الجسد، كارتفاع نبض القلب وتوتر العضلات. ويتعلق هنا مقدار ارتفاع الإثارة بشدة الإرهاق، أي يتعلق بتقديرنا لنوعية الموقف المرهق، أي بأفكارنا في الواقع. وعادة ما تقود المواقف شديدة الإرهاق إلى ردود أفعال شديدة، والإرهاقات الطفيفة إلى ردود أفعال إرهاق آلية ضعيفة، قلما ندرکها شعورياً. المهم هنا هو أن ردة فعل الإرهاق مثل الخوف تستمر لوقت قصير وتعود للانخفاض بشكل آلي وعفوي نتيجة الحوادث الجسدية التنظيمية إلى طبيعتها. فردود فعل الإرهاق والقلق لا يستمران على مستوى عال من الإثارة إذاً إلى ما لا نهاية أبداً، وإنما يتراجعان بشكل عفوي بعد وقت قصير حتى لو لم نقم بفعل أي شيء. ويمكن هنا أن يتم التراجع الإرهاق والقلق الشديدين فترة زمنية أطول إلى حد ما وفي الإرهاق والقلق الخفيفين فترة زمنية أقل.

4- مركبات القلق

يعبر القلق عن نفسه على مستويات ثلاثة:

الجسد



تسرع القلب
تعرق

1- المستوى الجسدي: حيث يظهر على شكل أعراض جسدية متنوعة منها الصداع والتوتر العضلي واضطرابات الدورة الشهرية وآلام المعدة والظهر وفقدان الشهية أو فرطها ... الخ.

2- المستوى السلوكي: حيث يتبدل سلوك المعني بدرجات مختلفة وحسب نوع القلق، على نحو تجنب المواقف المسببة للخوف، وعدم الخروج خارج المنزل إلا برفقة أحد الأشخاص، واتخاذ احتياطات وإجراءات متنوعة والقيام بطقوس.

السلوك



مثال: الهرب، التجنب

3- المستوى النفسي أو مستوى الخبرات النفسية: حيث يشعر المريض بالقلق بمشاعر مختلفة وغامضة.

التفكير والمشاعر



مثال: سوف يحدث أمراً سيئاً على الخروج من هنا، أنا حائر.

(راجع الفصول المتعلقة بالقلق⁽¹⁾: الصحة النفسية. سامر جميل رضوان، منشورات دار المسيرة، عمان الأردن 2002. / المترجم/)

ويعيش المعنيون هذه الأعراض على المستويات المختلفة بدرجات مختلفة وغالباً ما يدركون مظهراً أو أكثر من هذه المظاهر فقط في حين تكون المظاهر الأخرى في الخلفية. وفي غالبية الحالات يدرك المعنيون الأعراض الجسدية للقلق كالدوار وآلام الصدر حيث يراجع المعني بسبب هذا الألم الأطباء. ولهذا السبب يغلب أن يتم فحص هؤلاء لوجود شك بمرض في القلب أو ما يشبه ذلك ويتم علاجهم على هذا الأساس قبل أن يتم التعرف على هذه الأعراض على أنها دلالة على مرض القلق. والبعض الآخر يدرك الجانب الذهني أو السلوكي من الاضطراب.

غير أنه للمركبات الثلاثة دور مهم في نشوء واستمرار القلق وتشكل الأساس الذي تقوم عليه نظريات القلق النفسية التي تنطلق من أن القلق (أو الخوف) بحد ذاته أمر ضروري ومفيد، وبأن أمراض القلق بحد ذاتها عبارة عن ازدياد لردود الفعل الطبيعية والبيولوجية، يمكن أن تحصل بطرق مختلفة. ويلعب سوء توجيه ردود فعل القلق وردود فعل الإرهاق دوراً حاسماً في كل أشكال اضطرابات القلق.

(1) تتضمن الفصول المعنية تفصيلات أكثر حول الأشكال وأسبابها وعلاجها

5- الأشكال الفرعية من اضطرابات القلق

ضمن الفئة التصنيفية لاضطرابات القلق يتم التفريق بين الأشكال الفرعية التالية:

1.5- اضطرابات الهلع

اضطرابات الهلع أو نوبات الهلع Panic attacks or disorders اضطراب حديث التصنيف كفئة مرضية مستقلة. والسمة المميزة لهذا الاضطراب كما تشير التسمية هي تكرار نوبات الهلع. والمقصود بنوبات الهلع الظهور المكثف والمفاجئ للقلق، غير الناجم عن موقف معين. فخلال دقائق عدة ترتفع حدة القلق لتصل ذروتها. وإلى جانب العلامات النفسية تظهر كذلك أعراض جسدية كتسرع القلب ومشاعر الضيق (وكان ثقل ما يجثم على الصدر) وتضيق التنفس والارتجاف. وبسبب هذه الأعراض فإن كثير من المرضى يشعرون بقلق الموت أو بالخوف من الموت. وفي كثير من الحالات يظهر عند المعنيين قلق استباقي من النوبة التالية، وهو عبارة عن الخوف من حدوث نوبة أخرى وتوقع حدوثها في مواقف أو أوقات معينة. لهذا نجد بعض المرضى ينسحبون اجتماعياً نتيجة الخوف من حدوث النوبة في موقف ما أو في مكان لا يستطيعون فيه إحضار المساعدة أو لا يوجد فيه شخص ينقذهم ... الخ. وتتراوح مدة النوبة بين دقيقتين أو ثلاثة حتى عدة ساعات. وفي غالبية الحالات تستمر النوبة بين 10 دقائق و 30 دقيقة. فإذا ما تركزت الأعراض الجسدية للقلق على القلب فإننا نتحدث عندئذ عن رهاب القلب (عصاب القلب كما أسماه فرويد). ويغلب أن يصاب الرجال أكثر من النساء بهذا الشكل من اضطرابات القلب الوظيفية في سنوات العمر المتوسطة. ويغلب أن يثور الاضطراب نتيجة لوجود مرض بالقلب في الأسرة والأقارب.

2.5- اضطراب القلق المعمم

وهو عبارة عن قلق مديد غير متعلق بموضوع معين. ومن هنا تسميته بالقلق المعمم، حيث يمكن أن يظهر في أي وقت وأي مناسبة أو موقف دون سابق إنذار ويستمر لفترة زمنية طويلة. ولا يمكن صرف انتباه المريض عن قلقه أو إبعاده عنه إلا لفترة وجيزة. تظهر في القلق المعمم الأعراض التالية:

- 1- التوتر الحركي: ويلاحظ من خلال الارتجاف وتوتر العضلات وعدم القدرة على الهدوء.
- 2- فرط استثارة غير مضبوطة: وتتجلى في أعراض كالدوار والضيق والتعرق وجفاف الفم.
- 3- اليقظة المفرطة وارتفاع الانتباه: ويتجلى بمشاعر من التوتر وفرط الفزع (النقزة) وصعوبات الدخول في النوم أو الاستمرار فيه وسرعة التوتر أو التعصيب.

3.5- الرهابات

يمكن تعريف الرهاب phobia بأنه الخوف الملحاح بصورة قهرية غير المنطقي أو غير العقلاني من أشياء أو مواقف أو مخلوقات لا تسبب بالأصل الخوف، أو أن حجم الخطر الذي تمثله لا يتناسب مع ردة فعل الشخص المعني تجاهها، أي أن استجابة الشخص المعني تكون استجابة مبالغة أو متضخمة. ويمكن التمييز هنا بين أنواع كثيرة ومتنوعة من الرهابات:

1.3.5- رهاب الأماكن العامة:

رهاب الأماكن العامة Agoraphobia⁽¹⁾ عبارة عن خوف من المواقف أو الأماكن التي يكون فيها المعني خارج المنزل أو خارج محيطه المألوف. والأماكن المثلى لظهور هذا الاضطراب هي الأماكن العامة أو تجمعات الناس والابتعاد كثيراً عن المنزل. ويخاف المريض من هذه المواقف لأنه يخشى ألا يستطيع الهرب عندما يشعر بالخوف، إما بسبب ازدحام السوق مثلاً أو بسبب عدم تمكنه من الخروج من وسيلة النقل العامة... الخ وتظهر عليه الأعراض المخجلة كالدوار والتعرق والارتجاف وتعايير الوجه وفقدان السيطرة على المثانة مثلاً. ونتيجة هذه المخاوف يقوم المريض بتجنب

(1) تطلق كثير من المراجع العربية تسمية رهاب الساح على هذا الاضطراب. والتسمية ليست دقيقة أو صحيحة. فكلمة agora اللاتينية تعني السوق أو المكان العام الذي يتجمع فيه الناس. ومصطلح الأماكن العامة أدق لأنه يعبر بدقة عن هذا النوع من الخوف حيث يظهر الخوف في كل مكان يكون فيه تجمعاً من الأشخاص سواء الأسواق العامة أو المطاعم أو وسائل النقل العامة.

المواقف التي تسبب له الخوف. ويغلب أن يظهر رهاب الأماكن العامة في سياق نوبات الهلع ويحتاج الأمر إلى تشخيص تفريقي.

2.3.5- رهاب الخلاء

رهاب الخلاء عكس رهاب الأماكن العامة. وهو خوف من المواقف التي يكون المريض فيها وحده في مكان ما سواء في البيت أم في العمل أو في المصاعد أم في الشوارع ... الخ. ويرجع سبب الخوف إلى خشية المريض من حدوث النوبة وهو وحيد ولا يوجد حوله من يساعده في نوبته. وهؤلاء الأشخاص يجبرون أشخاص من محيطهم كالزوج أو الأبناء أو الأقارب على البقاء معهم باستمرار وعدم تركهم كي يحضروا المساعدة عند النوبة. ورهاب الخلاء سمة مميزة في رهاب القلب أيضاً. ويصنف رهاب الخلاء كذلك ضمن المخاوف النوعية أو الخاصة.

3.3.5- الرهابيات الاجتماعية

يحدث القلق الاجتماعي عندما يظهر عدد من المخاوف في مجموعة مختلفة من مواقف التفاعل الاجتماعي، حيث يتجلى القلق من خلال الكف الناتج عن وجود الإنسان في موقف اجتماعي أو موقف عام، الأمر الذي يقود إلى ظهور ردود فعل القلق عند حدوث هذه المواقف.

ويقصد بالقلق الاجتماعي هنا الخوف غير المقبول وتجنب المواقف التي يفترض فيها للمعني أن يتعامل أو يتفاعل فيها مع الآخرين ويكون معرضاً بنتيجة ذلك إلى نوع من أنواع التقييم. فالسمة الأساسية المميزة للقلق الاجتماعي تتمثل في الخوف غير الواقعي من التقييم السلبي للسلوك من قبل الآخرين، والتشوه الإدراكي للمواقف الاجتماعية لدى القلق اجتماعياً. والمعنيون غالباً ما يشعرون بأنهم محط أنظار محيطهم بمقدار أكبر بكثير مما يعنونه أنفسهم لهذا المحيط، ويتصورون أن محيطهم ليس له من اهتمام آخر غير تقييمهم المستمر وبطبيعة الحال فإنهم يتصورون دائماً أن التقييم لابد وأن يكون سلبياً. أما النتيجة فهي التضخيم الكارثي للعواقب الذي يتمثل مثلاً من خلال التطرف في طرح المتطلبات من الذات بحيث يتحول أدنى خطأ يرتكبه المعني إلى كارثة بالنسبة له تغرقه في الخجل وتعزز ميله للانسحاب.

وتفرق المراجع المتخصصة بين المكونات التالية للقلق الاجتماعي:

- = قصور في مجال المهارات الاجتماعية ،
- = اتجاهات سلبية أو غير سوية للشخص تجاه نفسه ،
- = مركب من الخوف الاجتماعي والكف مصبوغ بدرجة عالية من المظاهر الانفعالية والفيزيولوجية.

وهناك اختلاف في تقدير نسبة انتشار المخاوف الاجتماعية في المجتمعات الغربية، إذ تقدر النسبة بين 1.2% و2.2% (انتشار ستة أشهر) في الولايات المتحدة الأمريكية، ويشير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM-IV إلى نسبة تقع بين 3% و13% (انتشار مدى الحياة). وتبلغ نسبة القلق الاجتماعي بين 10-20% من اضطرابات القلق ككل وتزيد نسبة الانتشار بين النساء عن الرجال، غير أنه في غالبية العينات الإكلينيكية تشير النتائج إلى تساوي التوزع الجنسي أو غلبة نسبة الذكور عن الإناث وغالبية المرضى من العزاب أو من الأشخاص الذين لا يمتلكون شريكاً ثابتاً ويقدر سن بدء الاضطراب بين سن 15-20 عاماً، وهي المرحلة النمائية التي تواجه الفرد بمطالب جديدة، وتفرض عليه أدواراً حياتية مختلفة، وتتطلب من الفرد مزيداً من الاستقلالية والثقة. ويتحدث بعض الباحثين عن هذه المرحلة بصفاتها "الطور الحساس" في نشوء المخاوف الاجتماعية.

ومن ناحية التصنيف المرضي يتم التمييز بين شكلين من المخاوف الاجتماعية، يسمى الشكل الأول بالخوف الاجتماعي الأولي Primary الذي يتصف بحدوث ردود فعل الخوف في مجال واسع من المواقف الاجتماعية، ويسمى الشكل الثاني الخوف الاجتماعي الثانوي Secondary حيث لا يتصف هذا الشكل من المخاوف بالخوف من المواقف الاجتماعية في حد ذاتها، وإنما يتميز بنقص في المهارات الاجتماعية للشخص مما يؤدي إلى الخوف. والأشخاص من النمط الثاني لا يعرفون مثلاً كيف يبدؤون محادثة أو ينهونها أو كيف يتصرف الإنسان في موقف معين. ويعانون من مشكلات في التعامل مع الآخرين ويظهر لديهم سلوك تجنب واضح للمواقف الاجتماعية. الأمر الذي يقود إلى أن يعيشوا منعزلين وغير سعداء ومكتئبين. والأشخاص من هذا النوع

غالباً ما يكونوا خجولين جداً. أما الأشخاص الذين يعانون من الخوف الاجتماعي الأولي فيظهر القلق لديهم في مواقف اجتماعية خاصة على الرغم من امتلاكهم للمهارات الاجتماعية اللازمة وليس بالضرورة أن يكون الخجل موجوداً لديهم. ويغلب أن تظهر لدى هؤلاء ردود فعل فيزيولوجية واضحة عند مواجهتهم بالموقف المخيف بالنسبة لهم.

وبهذا المعنى يتحدث الدليل الأمريكي التشخيصي الرابع عن نوع خاص وآخر معمم من القلق الاجتماعي، مع الإشارة إلى أن النوع المعمم من القلق يشبه القلق الثانوي الموصوف أعلاه.

ولو حاولنا التفريق بين المستويات التي يظهر فيها القلق الاجتماعي لوجدنا - كما هو الحال بالنسبة للقلق واضطراباته بشكل عام - أن القلق الاجتماعي يظهر وفق ثلاثة مستويات

1- المستوى السلوكي: ويتجلى في سلوك الهرب من مواقف اجتماعية مختلفة وتجنبها كعدم تلبية الدعوات الاجتماعية والتقليل من الاتصالات الاجتماعية ... الخ.

2- المستوى المعرفي: ويتمثل في أفكار تقييمية للذات، وتوقع الفضيحة أو عدم لباقة السلوك، والمصائب والانشغال المتكرر بالمواقف الاجتماعية الصعبة أو المثيرة للقلق، وعما يعتقد الآخرون حول الشخص نفسه، والقلق الدائم من ارتكاب الأخطاء ... الخ.

3- المستوى الفيزيولوجي: ويتضح من معاناة الشخص من مجموعة مختلفة من الأعراض الجسدية المرتبطة بالمواقف الاجتماعية المرهقة بالنسبة له، كالشعور بالغثيان والأرق والإحساس بالغصة في الحلق والارتجاف والتعرق ... الخ.

وتتربط هذه المستويات مع بعضها بشكل وظيفي. فتوقع التقييم السلبي للسلوك الشخصي يقود إلى تنشيط ارتفاع في الانتباه الذاتي يتجلى من خلال تكثيف ملاحظة الذات. فالأشخاص الذين يعانون من قلق اجتماعي ينشغلون باستمرار

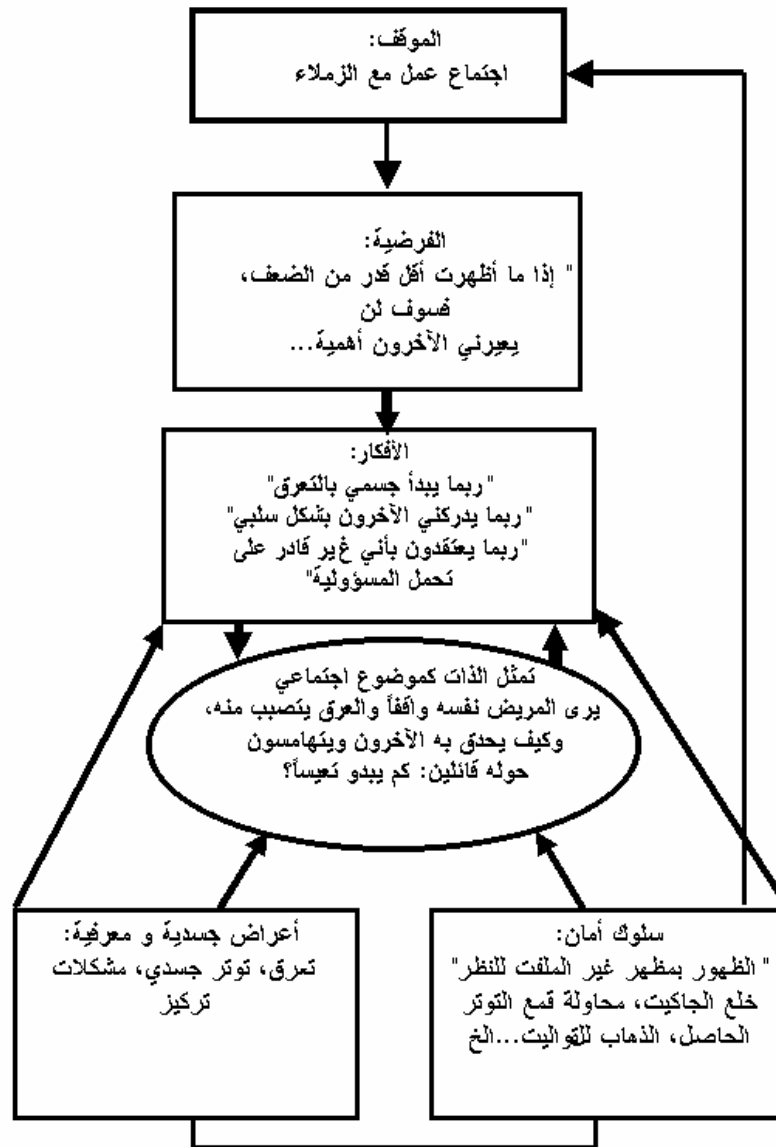
يبدرك إشارات الأخطاء الممكنة والفشل والفضيحة ..الخ في سلوكهم. ويقود هذا الإدراك إلى العزو السببي الخاطئ لأعراض القلق كدليل على التقييم السلبي من قبل الآخرين ex-consequentia-conclusion. وهذا بدوره يؤدي إلى ارتفاع حدة الإثارة الجسدية وتزايد في أعراض القلق، التي يتم عزوها إلى التقييمات الاجتماعية. ويؤدي هذا العزو الخاطئ إلى الوقوع في حلقة مفرغة تصعد فيها الإثارة الأولية والعزو الخاطئ بعضهما باطراد وفق آلية تغذية راجعة إيجابية وصولاً إلى نوبة من الذعر أو الهلع .

ويوضح الشكل (1) المقتبس عن شتانغير وهايدينرايش (1999) أهم عناصر المركبات المعرفية والسلوكية والفيزيولوجية للقلق الاجتماعي، حيث تمثل الأسهم الصاعدة للأعلى آلية الإرجاع الإيجابي التي تسهم بشكل جوهري في تعزيز القلق الاجتماعي والحفاظ عليه.

أما المحكات التشخيصية للقلق الاجتماعي فهي:

- = القلق أو الخوف الواضح والمستمر من المواقف الاجتماعية التي ينبغي فيها على الشخص أن يواجه أشخاصاً غير معروفين أو عندما ينبغي تقييمه من هؤلاء، حيث يخشى الشخص هنا أن تظهر أعراض القلق أو أن يتصرف بشكل غير لبق أو مخجل،
- = تظهر أعراض القلق دائماً عندما تتم المواجهة مع المواقف الاجتماعية التي يخشاها الشخص،
- = يدرك الشخص أن خوفه مبالغ فيه وغير مبرر (مع الإشارة هنا إلى أن هذه السمة قد لا تظهر عند الأطفال)،
- = تجنب المواقف الاجتماعية التي يخشاها الشخص،
- = الضرر الواضح الذي يصيب حياة الفرد نتيجة سلوك التجنب والتوقعات المقلقة والضيق الشديد في المواقف الاجتماعية ومواقف الإنجاز،
- = يستمر الخوف عند الأشخاص تحت سن 18 لأكثر من ستة أشهر على الأقل،

نموذج تخطيطي لمركبات القلق الاجتماعي مقتبس عن (Stangier & Heidenreich, 1999, P. 44).



= ألا يكون سبب الخوف الاجتماعي راجعاً مباشرة إلى سوء استخدام الأدوية والمواد المسببة للإدمان أو إلى مرض عضوي ولا يمكن تفسيره من خلال اضطرابات نفسية أخرى كمتلازمة الهلع Panic syndrome أو قلق الانفصال أو اضطراب نمائي عميق أو شخصية فصامانية schizoid.. الخ.

4.3.5- الرهابات النوعية أو الخاصة

يتصف هذا النوع من الخوف بالخوف بالخوف من مواضيع محددة أو من موقف معين. ومن أكثر أشكال الخوف ملاحظة يمكن تعداد الخوف من الحيوانات وبشكل خاص الكلاب والحشرات (العناكب) والأفاعي والعقارب والفئران، والخوف من منظر الدم ومن الغرف المغلقة والخوف من الأماكن المرتفعة ومن الطيران أو الخوف من الاختناق.

ومن المخاوف الخاصة يمكن كذلك تعداد الخوف من مرض معين كالخوف من الإيدز (رهاب الإيدز)، رهاب العدوى بالجراثيم ... الخ.

وتنتشر هذه الاضطرابات بشكل واسع عند المجموعات العادية، أي غير الإكلينيكية ولا يتم اعتبارها مخاوف مرضية إلا عندما تلحق الأذى بالمجرى اليومي للشخص المعني وتضر بعلاقاته الاجتماعية أو عندما تسبب لمعني معاناة وخيمة. مثال ذلك عندما يتخلى شخص ما عن مغادرة منزله لخوفه من الكلاب في الشارع.

6- المجرى

يتصف رهابات الأماكن العامة بالإزمان. والقلق التوقعي أو الاستباقي وسلوك التجنب يكونان واضحا بشدة. كما يمكن للمخاوف الاجتماعية أن تصبح مزمنة إذا لم تعالج. وفي الحالات المتطرفة يمكن أن ينعزل المعني كلية عن محيطه. والأشخاص الذين يعانون من القلق الاجتماعي يمكن أن يسيئوا استخدام الكحول والأدوية. أما في الرهابات النوعية فإن مجرى المرض (التنبؤ أو المآل) يتعلق بسن المريض. فغالبيتها المخاوف أو الرهابات التي تنشأ في الطفولة تختفي على الأغلب من تلقاء نفسها مع التقدم في السن، أما في حال المعاناة من المرض في وقت متأخر فيظل

الاضطراب قائماً. وفي نوبات الهلع يمكن أن يمر المريض بطور تصبح فيه النوبات نادرة، بعد ذلك تعود للتزايد إلى أن تصل إلى عدة نوبات في الأسبوع الواحد، وفي بعض الحالات تصبح يومية. ويستمر الاضطراب على الأغلب لسنوات عدة بدرجات مختلفة من الشدة. ويغلب أن ترتبط الأعراض هنا مع أعراض اكتئابية.

ويمكن لاضطرابات القلق المعمم أن تستمر لعقود عدة إذا بقيت دون علاج. إلا أنه في هذا الاضطراب يكون الضرر الحاصل في التكيف الاجتماعي والكفاءة المهنية أقل شدة مما هو الحال عليه في اضطرابات القلق الأخرى.

7- العلاج

أثبت التوليف بين العلاج الدوائي والنفسي والاجتماعي فاعليته في اضطرابات القلق أكثر من استخدام الطرق منفصلة.

1.7- العلاج الدوائي

يتمركز العلاج الدوائي لاضطرابات القلق على المهدئات كالبنزوديازيبامات (راجع فصل الأدوية النفسية). وبسبب خطر التعود ينبغي رفع الجرعة بالتدريج وكذلك تخفيضها على أن يتم ذلك تحت إشراف طبي. وفي حال العلاج طويل الأمد هناك خطر التعود. وأكثر الاضطرابات التي تستجيب للمهدئات النفسية هي اضطرابات الهلع. كما أثبتت مضادات الاكتئاب فاعليتها في علاج اضطرابات القلق. ولدى المرضى الذين يعانون من الاضطرابات الرهابية يتم استخدام كايحات بيتا حيث تقود إلى فصل الارتباط الوثيق الأعراض النفسية عن الأعراض الجسدية. إلا أن لكايحات بيتا أعراض جانبية كالصداع والحساسية الجلدية والتعكر الاكتئابي.

2.7- الأساليب الاسترخائية

ترتبط خبرة القلق على الأغلب مع ارتفاع في حدة التوتر. ومن هنا فإن تعليم المريض تقنيات الاسترخاء مفيد جداً في مساعدة المريض على السيطرة على الأعراض.

ومن التقنيات التي يتم استخدامها يمكن الإشارة إلى الطرق التالية والتي عرضنا لها بتفصيل أكبر في الفصل المتعلق بفاعلية العلاج النفسي:

1- الاسترخاء الذاتي: حيث يتعلم المتعالج تحقيق الاسترخاء لأعضاء معينة من الجسد من خلال قوة التصور أو التخيل.

2- الاسترخاء العضلي التصاعدي: حيث يتعلم المتعالج السيطرة على استرخاء مجموعات عضلية معينة.

3- التغذية الراجعة الحيوية. ومن خلال التغذية الراجعة يتم إعطاء المتعالج معلومات عن الأجزاء من جسده التي تكون في حالة استرخاء وأيهما لا تكون كذلك.

3.7- العلاج الاستعرافي

ويتم تعليم المريض التعرف على عمليات التفكير التي تسهم في استمرار الأعراض على نحو تقويم الأعراض الجسدية الملحوظة على أنها خطر مهدد. ويتم السعي نحو تعديل أنماط التفكير الخاطئة عند المتعالج. ويلعب تعليم المريض أو تنويره بمعلومات حول المرض دوراً مركزياً.

4.7- العلاج السلوكي

تتمركز التقنيات العلاجية السلوكية على مساعدة المريض على مواجهة المواقف المسببة للقلق وعدم تجنبها. ومن أجل تحقيق هذا الغرض يتم استخدام طرق مختلفة عرضنا لها في أكثر من مكان وبشكل خاص في فصل العلاج النفسي. ومن الطرق التي يتم استخدامها خفض الحساسية المنتظم والمواجهة بالمشير (الإفاضة)، سواء في الواقع أم على مستوى التصور أو كليهما معاً. كما يعمل كل من العلاج السلوكي والاستعرافي على تكليف المتعالج بوظائف معينة في فترة العلاج بين الجلسات العلاجية.

5.7- العلاج النفسي العميق

ويتم العمل هنا على محاولة كشف الصراعات الكامنة خلف القلق ومواجهتها. ويحتل هنا تحسين قدرة المتعالج على مواجهة القلق المرتبة الأولى في العلاج. وترى الاتجاهات ذات الاتجاه التحليلي أن مصدر القلق هو الشعور بتهديد الأنا، الناجم عن الشعور الأول بالانفصال الذي يتجدد باستمرار في مواقف الخطر.

6.7- العلاج الاجتماعي

من خلال استخدام العلاج في المجموعة يكتسب المريض من خلال تفاعله مع المجموعة مهارات وكفاءات اجتماعية، ويتعلم مواجهة مطالب الآخرين أو صدها ويعيش خبرات التقبل من الآخرين، الأمر الذي يكسبه ثقة بنفسه وقدرة على المواجهة والسيطرة على أعراضه.

8- اضطرابات القسر

يحدث السلوك القسري العابر لدى كثير من الأشخاص. وقد نلاحظ أن شخصاً ما يتأكد مراراً من أن جيبه يحتوي على كل أمر ضروري أو يغسل يده مراراً أو يشعر أنه مدفوع للعودة إلى منزله من عمله بعد وصوله إليه للتأكد من أن الغاز مغلق. ومن حيث المبدأ فإن هذا السلوك لا يشكل سبباً للقلق.

غير أنه لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات القسر أو عصاب القسر كما كان يسمى سابقاً، تحتل مثل هذه الأفكار والتصرفات باطراد متزايد مركز الصدارة إلى أن تحتل في النهاية كامل الوقت. وعلى الرغم من أن هذه الأفكار تظهر ضد إرادة المعنيين وتبدو لهم غير منطقية فإن الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات القسر غير قادرين على إزاحتها جانباً.

ويمكن للقسر أن يكون عبارة عن أفكار ("يمكن للغاز أن يكون مازال مشتعلًا") أو كذلك تصرفات يشعر المعني بأنه مدفوع إليها (على نحو التأكد المتكرر من أن الغاز مغلق).

وحوالي النصف من الذين يعانون من اضطراب القسر يكونون مرهقين بتصورات الاتساخ والعدوى؛ فهم يغسلون أيديهم بشكل قسري، وأحياناً إلى أن تسيل منها لدماء، ويتجنبون كل المواضيع التي يشعرون بأنها متسخة. وفي حالات أخرى توجد أعراض كالمراجعة والتعداد أو إعادة التفحص أو التأكد. وعليه يتأكد المرضى على سبيل المثال مرة تلو الأخرى فيما إذا كان لم يتجاوز سيارتهم أحدهم أو فيما إذا كانوا قد تركوا النور مضاء في منزلهم، وعلى الرغم من ذلك فهم غالباً لا يستطيعون أن يتغلبوا على شكهم.

وبعض الأشخاص مستحذون بأفكار قسرية، دون أن يشعروا أنهم مضطرون للتصرف؛ ومثل هذا الشخص غالباً ما يكون مستحذاً بهومات جنسية دون أن ينجم عن ذلك طقساً سلوكياً، بهدف مقاومة هذه الهومات. وآخرون يبطئون أو يكررون كل الحركات بحيث أنهم يحتاجون إلى ساعات من أجل تنظيف أنفسهم وارتداء الملابس وتناول الفطور. وبعضهم يقوم بتجميع أي شيء يعتقدون أنهم ربما سيصبحون بحاجة إليه، ولا يستطيعون رمي أي شيء قديم. إنهم "مُخَزِّنِينَ" غير قادرين على رمي أي شيء لخشيتهم أنهم قد يحتاجونه يوماً ما.

1.8- اضطراب القسر والقلق

كانت اضطرابات القسر تصنف على أنها جزء من اضطراب القلق، لأن القسر يمكن ملاحظته مع أشكال الرهابات، وهناك نوع من التشابه بينها. والفرق يكمن في أن الرهابي يستطيع أثناء الهرب من الموضوع المولد للقلق الشعور بالراحة ولو بشكل عابر على الأقل، ولكن الإذعان للأفكار أو التصرفات القسرية بالمقابل لا يحرر عصابي القسر من قلقه بالضرورة. ويغلب أن يتصف اضطراب القسر بمقاومة الموضوع أو الموقف، الأمر الذي ليس بالضرورة أن يكون موجوداً لدى الرهابي.

2.8- مجرى الاضطراب

توصل الباحثون في هذه الأثناء إلى معرفة أن اضطراب القسر أكثر انتشاراً مما اعتقد حتى الآن. ووفقاً لإحدى الدراسات تنتشر اضطرابات القسر أكثر من

اضطرابات الهلع أو الفصامات. فحوالي 2% من الناس ككل عانوا مرة ما في حياتهم من أحد اضطرابات القسر.

وفي سن الرشد هناك كثير من الرجال والنساء الذين يعانون من اضطرابات القسر. وتشير دراسات التوائم إلى وجود نوع من الاستعداد الوراثي لاضطرابات القسر.

ولدى غالبية الأشخاص يظهر اضطراب القسر قبل سن الثلاثين. وفي حال بقي الاضطراب دون علاج يعاني ثلث المعنيين طوال حياتهم من الاضطراب. ولدى أكثر من نصف المرضى يزداد الاضطراب سوءاً باستمرار ويضر بحياتهم باطراد.

3.8- الأسباب الممكنة

كان اضطراب القسر منذ أمد بعيد مجالاً لاهتمام المحللين النفسيين، الذين يرون أن القسر يشكل محاولة لا شعورية للحفاظ على الدوافع الجنسية والعدوانية تحت السيطرة. وبعضهم يعتقد أن هذا الاضطراب يمثل نهاية تطور تقف في بداياته اضطراب شخصية قسرية. بالفعل يظهر بعض من الأشخاص الذين ينمو لديهم اضطراب قسر منذ الطفولة سمات من العصبية والقسر.

وتتصدر اليوم مركز الأبحاث الراهنة حول المخاوف النظريات السلوكية التعليمية ومنذ وقت قصير مبادئ بيولوجية تهتم بطريقة عمل الدماغ واستقلاباته. وهناك عدد متزايد من الحالات التي سببت فيها إصابات الدماغ أعراضاً قسرية، تدعم التصور القائل أن عصاب القسر يمكن أن يرتبط باضطراب وظيفي في الدماغ. وتذهب إحدى النظريات من أن أعراض القسر ترتبط بعدم قدرة الدماغ على كبح اندفاعات الإثارة في الألياف العصبية في الفص الجبهي أو في العقد العصبية لنصفي الكرة الدماغية وجذع الدماغ، الأمر الذي يقود إلى نقص السيطرة على أفكار وتصرفات محددة. ومن خلال عمليات جراحية لهذه البؤبات الدماغية تم التمكن في بعض الحالات من التغلب على الأعراض.

ويبدو كذلك أن للسيروتونين الذي يمارس تأثيراً على حوادث التفكير

وعملياته كالاندفاعية والميل للانتحار والقلق دور في اضطرابات القسر. وسوف تظهر دراسات لاحقة فيما إذا كان فرط إفراز السيروتونين يسهم في حدوث أفكار القسر والطقوس السلوكية القسرية في اضطرابات القسر.

4.8- العلاج

على الرغم من أنه يبدو أن أعراض عصابيوا القسر تمتلك أهمية "لاشعورية" كاملة، لم تثبت الطرق التحليلية أو الطرق غير المباشرة فاعليتها في علاج هذا الاضطراب. في حين أن أسلوب علاجي فعال يوجه المرضى نحو التركيز على الحاضر ومواجهة الخطر ساعد المرضى على أن يعيشوا مع مخاوفهم أو تهديدهم. ويقوم هذا الأسلوب أو الإجراء على أن يواجه المريض مخاوفه وأن يتجنب في الوقت نفسه من ردة الفعل المفرطة أو المبالغ بها في العادة. فمثلاً ينبغي على الأشخاص الذين يخافون من الاتساخ أن يلمسوا الأشياء التي يخشونها وأن يتخلوا عن التمسيل، إلى أن يتأكدوا بأنه لن يحدث مكروه لهم.

أما فيما يتعلق بالعلاج الدوائي فيبدو أن هناك مجموعتين دوائيتين أثبتتا فاعليتهما، وهما مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة ومضادات الاكتئاب الجديدة كالفلوكسيتين Fluoxetine الذي يعدل من مستوى السيروتونين. وعلى الرغم من أنه لم يتم تطوير هاتين المجموعتين لعلاج اضطرابات القسر فإن دراسة حديثة تشير إلى أنهما يمثلان علاجاً فاعلاً.

الفصل الثاني

الاكتئاب والاضطرابات الوجدانية الأخرى

تعتبر الاكتئابيات من أشد أشكال المعاناة النفسية القابلة للعلاج في الوقت الحاضر. ففي ألمانيا يعاني حوالي 15% السكان مرة في حياتهم على الأقل في طور من أطوار الأمراض الاكتئابية؛ بل أن بعض التقديرات تقدر خطر الإصابة بالاكتئاب بشكل أعلى. فلدى 7% من الإناث وحوالي 3% من الذكور يتم سنوياً تشخيص اكتئاب لديهم. ويمكن لكل الأشخاص من جميع المجموعات العمرية أن يعانون من الاكتئاب، بدءاً من الأطفال وانتهاء بسن الشيخوخة المتأخرة. بعض الناس يمرون في حياتهم بطور اكتئابي وحيد وآخرون يمرون بعدة أطوار في حين أن البعض الآخر يتحول لديه الاكتئاب إلى معاناة دائمة.

ومنذ أيام المصريين القدماء والإغريق تم وصف تلك الحالات المستمرة والمعذبة من اليأس والقنوط . وفي عصر شكسبير أطلق على الاكتئاب - أو الميلانخوليا كما كانت تسمى قديماً - تسمية "مرض اليزابيث". وأول كتاب علمي مبسط عن الاكتئاب صدر في القرن السابع عشر في إنكلترا وكان بعنوان "تشریح الميلانخوليا" Anatomy of Melancholia.

وفي الماضي كان الاكتئاب يعتبر عملاً من أعمال الشيطان، أما اليوم فإننا نعرف عن الاكتئابيات والاضطرابات ثنائية القطب (الاضطرابات الاكتئابية - الهوسية) بأنها اضطرابات الجسد ككل وتترافق مع شذوذات في العمليات البيوكيماوية للدماغ. وفي السنوات الأربعين الأخيرة خطى العلم خطوات كبيرة في تحديد الأشكال المختلفة من الاضطرابات الاكتئابية والاضطرابات ثنائية القطب وظهورها ومجراها وكيمائيتها ومنشأها والأسباب الممكنة. أما العلاج فيحقق النجاح في 80-90% من الحالات.

1- ما هو الاضطراب الوجداني؟

حتى اليوم مازلنا نصنف الاضطرابات الاكتئابية والاضطرابات ثنائية القطب تحت المفهوم العام "الاضطرابات الوجدانية". يؤثر مزاجنا (ونقول أيضاً انفعالاتنا) على دوافعنا وطاقتنا وعلى خبرتنا الانفعالية واتجاهاتنا نحو الحياة. والأمرجة، وحتى السيئة منها ضرورية للحياة وطبيعية. وفي الحقيقة فإن الشخص الذي لا يستجيب بقنوط ويأس لفقدانه عمله أو شخصاً محبوباً أو لا يستجيب بفرح لريحه ورقة يانصيب يبدو لنا تصرفه مستهجناً. وسنوضح في الإطار الشارح الذي يحمل عنوان "هل هو مجرد ضيق أم اكتئاب" كيفية التفريق بين التآرجح الطبيعي للمزاج وبين الاضطراب الوجداني العيادي. ويمكن تدريج الانفعالات على سلم بدءاً من انفعالات عابرة أو مقبولة وصولاً إلى انفعالات شديدة التطرف وغير مناسبة. وعلى درجة ما من درجات هذا السلم يتجاوز المزاج غير المستقر الحد ليعبر إلى الاضطراب العيادي يحتاج إلى العلاج ويستفيد منه.

وفي الاضطراب الانفعالي تخرج قيادة ردود الفعل الانفعالية عن التوازن. والسمة الرئيسية هي القنوط أو النشوة المعندين والمتكررين باستمرار، وأحياناً بشكل متبادل بين القنوط والنشوة. وهناك أعراض أخرى كثيرة يمكن أن ترافق الاضطراب الوجداني كما سنوضح ذلك في سياق هذا الفصل.

2- الاضطرابات أحادية القطب (اكتئابية صافية) وثنائية القطب (اكتئابية - هوسية)

يتم تقسيم الاضطرابات الوجدانية إلى فئتين رئيسيتين كبيرتين: فئة الاضطراب الاكتئابي الصافي (وحيدة القطب unipolar) والاضطرابات ثنائية القطب. وفي الاضطراب وحيد القطب يكون اضطراب المزاج دائماً من النمط الاكتئابي. أما الاضطراب ثنائي القطب فيتميز بأطوار من المزاج أو حالات الإثارة الهوسية الشديدة الارتفاع وبأطوار من المزاج المكتئب.

وتظهر الاضطرابات أحادية القطب (والتي سنستخدم لها منذ الآن فصاعداً في هذا الفصل تسمية الاكتئاب أكثر من الاضطرابات ثنائية القطب.

أسباب وجيهة للعلاج

يمكن مساعدة جميع الأشخاص تقريباً الذين يعانون من اضطرابات وجدانية، وأكثريتهم خلال وقت قصير. وتمثل هذه الحقيقة أفضل سبب من أجل البحث عن مساعدة. وبما أن ثلثي المرضى تقريباً لا يلجئون إلى العلاج أو لأنه لا يتم لديهم تشخيص الأعراض بشكل صحيح (أنظر فقرة كيف يمكن تجنب التشخيص الخاطئ)، فإن كثير من الناس يعانون من هذا الاضطراب.

= 15% من المكتئبين ينتحرون. فنسبة المنتحرين وبالتحديد لدى المكتئبين من اليافعين تزداد وأعداد الذين يموتون في سياق الحوادث الانتحارية مرتفعة. وحتى في الحالة الهوسية فإن خطر الانتحار قائم.

= غالباً ما يعاني كبار السن المكتئبون من معاناة مزمنة وخصوصاً من أمراض القلب والدورة الدموية أكثر من كبار السن غير المكتئبين.

= وكما تظهر دراسات حديثة فإن الأشخاص الذين يعانون من اكتئاب شديد يعانون من الضرر مثلهم مثل المرضى الذين يعانون من أمراض جسدية مزمنة؛ فهم يقضون أياماً أكثر في السرير من مرضى ضغط الدم المرتفع والسكري والذبحة القلبية والروماتيزم وأوجاع الظهر ومشكلات الرئة وأمراض الجهاز المعدي والمعوي. وتقدر نسبة خسائر الوقت الضائع من العمل بسبب الاضطرابات الوجدانية بعشرة مليارات مارك ألماني (حوالي 6.5 مليار دولار) سنوياً. وتبلغ التكاليف المباشرة لعلاج الاضطرابات الوجدانية في ألمانيا 3 مليارات مارك (1.5 مليار دولار تقريباً) سنوياً. وتقدر الخسائر غير المباشرة من خلال عدم القدرة على العمل بالضعف (تقديرات مجلس أبحاث الصحة الألماني في عام 1994).

= أظهرت الدراسات على أشخاص من جميع المستويات العمرية وجود علاقة بين الاكتئاب وانخفاض المناعة الجسدية. غير أنه مازال من غير الواضح فيما إذا كان الاكتئاب يولد الاستعداد للإصابة بالأمراض والكيفية التي يتم فيها ذلك.

= أما الإرهاقات التي تسببها الاكتئابات غير المعالجة للمجتمع وأقارب المعنيين فلا يمكن التعبير عنها بأرقام. فالمكتئبون ينسحبون وينعزلون عن الآخرين. ويصعب على الآباء والأمهات المكتئبون ممارسة وظائفهما الوالدية وغالباً ما لا يستطيعون الاهتمام بالحاجات الانفعالية لأولادهما.

3- التارجمات المزاجية بين السواء والاضطراب

تظهر الأعراض الاكتئابية - والأعراض الهوسية بشكل أندر - في عدد كبير من الأمراض النفسية والجسدية. فالإكتئاب يظهر كالقلق في عدد كبير من الاضطرابات النفسية، من ضمنها أشكال مختلفة من اضطرابات الشخصية ومرض الزهايمر وأشكال أخرى من الخبل وسوء استخدام الكحول واضطرابات الطعام واضطرابات القلق واضطرابات الإرهاق. ويمكن حالات المزاج الهوسية أن تحدث بسبب استخدام الكوكائين والعقاقير المنبهة الأخرى. كما وأنه يمكن للحالات الوجدانية من النوع الاكتئابي أو الهوسي أن تحدث من خلال التأثيرات الجانبية لأدوية معينة التي توصف لعلاج الاضطرابات النفسية.

ولدى الأشخاص المرضى بأمراض جسدية يمكن أن تكون تارجمات المزاج عبارة عن تأثير جانبي للأدوية (أدوية ضغط الدم) أو نتيجة مباشرة لمرض (أمراض الغدة الدرقية، والتصلب المتعدد للمصابين بـ multiple Sclerosis وأشكال مختلفة من السرطان).

وفي الحالات التي تكون فيها الأعراض الوجدانية من نوع الأعراض الثانوية لأمراض أخرى فإنه من المفيد طرح التشخيص الصحيح ومعالجة المشكلة الأساسية الكامنة خلف الأعراض من أجل التغلب على أعراض الاكتئاب بشكل فاعل أو تخفيفها.

أولاً: الاكتئاب

يظهر الاكتئاب بأشكال كثيرة وبأعراض متنوعة ومتغيرة وله أنماط متنوعة من المجرى. ويضر حياة المعنيين بدرجات مختلفة. وبعض الناس يشعرون وكأن غمامة مكفهرة تعترض طريقهم كله، غير أنهم يظلون قادرين على الحياة. في حين أن بعضهم الآخر يكون يائساً إلى درجة أنهم قلما يستطيعون إبداء الإرادة اللازمة في الحياة؛ وبعضهم يتوقف عن الأكل والشرب، ويخاطرون بالموت من خلال نقص التغذية ونقص السوائل. وبعضهم يعاني من آلام الظهر والتعب. وبعضهم يشعر بتعكر عام بالمزاج وبالملل. البعض لا يستطيع النوم؛ والبعض الآخر ينام كثيراً. وبعضهم يعتاد على أعراضه إلى درجة أنهم لا يتعرفون ما الذي ليس على ما يرام لديهم - ويعتقدون أنهم هم هكذا أو أن الحياة هي هكذا.

هل هو مجرد ضيق أم اكتئاب؟

جميعنا يمر بين الحين والآخر بحالات من الانقباض والضيق وبشكل خاص عندما نعاني من خسارة كبيرة أو عندما لا نستطيع تحقيق هدف مهم أو عندما يحدث في حياتنا أو محيطنا تحول سريع. ومن الطبيعي جداً أن ننسحب لفترة زمنية عندما نعاني من صدمات الأقدار ونخفف من الحدث من أجل استجماع القوى اللازمة من أجل مواجهة الحياة بآمال جديدة. بالإضافة إلى ذلك فإن بعض الناس مزعزعين بطبيعتهم أكثر من غيرهم وغالباً ما يمرون بتأرجحات طفيفة في المزاج.

ويمكننا أن نطرح على أنفسنا الأسئلة التالية من أجل اكتشاف فيما إذا كان المزاج واقع في المجال المرضي، أي فيما إذا كانت هناك دلائل على وجود الاكتئاب أو قريباً منه :

= ما مدى سوء المزاج ومنذ متى تشعر بهذا الشعور؟ هل تستطيع استجماع قواك ثانية؟ وعلى الرغم من أن المزاج المكتئب قليلاً لا يستبعد وجود إمكانية وجود اضطراب انفعالي فإن غالبية التبدلات الطبيعية من اليأس أو القنوط تكون من النوع العابر. الانقباض المعذب الذي يستمر أكثر من أسبوعين ويتكرر باستمرار يشير إلى وجود مشكلة مثله مثل الحالة المزاجية الاكتئابية التي تبدو طفيفة.

= هل ترغب أن تموت؟ إن أفكار الانتحار والرغبة فيه تشكل دلالة على ضرورة المساعدة النفسية. ففي حال دارت في رأسك أو رأس أصدقاء لك أفكار انتحارية فلا تتأخر من أجل طلب المساعدة.

= هل تعاني من مشكلات أخرى كذلك؟ تترافق الاضطرابات الاكتئابية مع عدد كبير من المشكلات كنقص الشهية ومشكلات النوم وفقدان الرغبات الجنسية وعدم القدرة على التركيز واتخاذ القرار (أنظر المقياس العام للاكتئاب).

= هل تتناول الكحول أو أية عقاقير أو أدوية، من أجل التخلص من الانقباض العنيد الذي تشعر به؟ إن اليأس العابر لا يدفع غالبية البشر إلى زيادة استهلاكهم للأدوية.

= إلى أي مدى يضر أو يعيق مزاجك حياتك؟ عادة ما لا تتضرر القدرات في حال وجود تأرجحات عادية في المزاج، بحيث يستطيع الناس الاستمرار بممارسة أدوارهم الحياتية والاستمتاع بأمور معينة ويبحثون عن صحة الآخرين.

= هل تشعر بأنك بلا قيمة وأنتك غير محبوب ومسؤول عن حدوث أشياء سيئة عندما يكون مزاجك سيئاً ؟ إن الاكتئاب يضر بتقدير الذات أكثر من الضيق والقنوط الطبيعي.

= هل يتطابق أو ينسجم مزاجك مع خبراتك الحياتية الباكرة؟ إنه لمن البديهي أن يكتئب الإنسان إذا انفصل عن شريكه أو يفقد وظيفته أو مركزه ومن الطبيعي أيضاً أن نحزن على موت شخص نحبه. أما الرغبة المستمرة بالخروج من الحياة بالمقابل فليست طبيعية . حتى وإن كان الضيق الذي نمر به متوافقاً مع الأحداث الحياتية فإنه علينا مع الوقت أن نخرج من هذا. وفي حال استمر اليأس لفترة طويلة بغض النظر عن الظروف، عليك أن تأخذ بعين الاعتبار أنه من الممكن أن تعاني من الاكتئاب.

= هل هو مجرد ارتفاع في المزاج أم هوس؟

= هل تتخذ قرارات عندما تكون في مزاج طيب تندم عليها فيما بعد؟ فعلى الرغم من أنه يصعب تمييز الشكل الخفيف من الهوس، الذي يسمى بالمس Hypomania عن المزاج الشديد الانشراح فإن كثير من الناس الذين يكونون في حالة خفيفة الهوس تصورات غير واقعية ومتضخمة أو متكلفة عن قدراتهم وعلاقاتهم ووضعهم المادي. وبمجرد أن يتبدل مزاجهم يصحون على الواقع ولا يجدون أنفسهم إلا في مواجهة نتائج أعمالهم.

= هل تدفع ثمن مزاجك الجيد جداً مزاجاً سيئاً؟ لا تنتهي عموماً الأمزجة الطيبة العادية وأطوار الإنتاجية والطاقة المرتفعة بحالة من "الهبوط الاضطرابي" في أطوار من القنوط والقابلية للإثارة والأرق والإنهاك.

في حال أجبت عن واحد أو أكثر من هذه الأسئلة بنعم فما عليك إلا أن تلجأ لطلب التشخيص الرسمي.

وكثير من الأمراض النفسية والجسدية ترافقها أعراض الاكتئاب والهوس. وحتى عندما لا يظهر التشخيص وجود أعراض اضطراب وجداني فإن الأعراض يمكنها أن ترهقك وتضر بنوعية حياتك.

وحسب التصنيف الطبي النفسي الراهن تقسم الاكتئابيات إلى فئتين رئيسيتين: الاكتئاب الأساسي Major Depression وإلى متغيرة مزمنة أخف تطلق عليها تسمية اضطراب عسر المزاج Dysthemia⁽¹⁾ الذي كان يسمى سابقاً العصاب الاكتابي. غير أنه هناك أيضاً عدد كبير من الأشكال الفرعية بأشكال متنوعة جداً من الأعراض ومجريات المرض؛ وسوف نقوم بتوضيح بعضها فيما يلي. أما الاكتئابيات المترافقة بأطوار عابرة أو متكررة من الهوس الخفيف أو الشديد فسوف تعالج في مكان آخر من هذا الفصل في فقرة الاضطرابات ثنائية القطب.

1- العلامات والأعراض والأعراض المرافقة

كما سنوضح في المقطع التالي، تبدي الأشكال المتفرقة من الاكتئاب أشكالاً مختلفة من علامات وأعراض الظهور أو الشدة أو كليهما معاً. غير أن كل أشكال الاكتئاب تشترك بعدد كبير جداً من العلامات والأعراض تمس جميع مجالات الحياة.

1.1- المزاج

السمة الرئيسية للاكتئاب هي المزاج المنقبض والحزين واليأس، على الرغم من أنه قد لا يكون مدركاً دائماً من قبل المعنيين أو أنه قد يكون متخفياً تحت أعراض أخرى. وكل الأعراض الأخرى يمكن للمزاج المكتئب أن يتدرج من المزاج الخفيف الاكتئاب إلى الدرجة الشديدة منه. وفي أخف حالاته يمكن أن يظهر كحالة من فقدان المستمر للرغبة وفقدان المشاعر، بما يشبه "تضييق أفق المشاعر". ومع ازدياد الشدة تصبح حالة المشاعر أكثر وضوحاً وتدرج بأنها مؤلمة ويكون

(1) Dysthemia عسر المزاج: كانت تطلق هذه التسمية قديماً على الاكتئاب الذي يتصف بكف التفكير وآلام جسدية مراقبة - عصابية والقلق وتعكر مزاج متهيج ومستاء أو ضجر. أما اليوم فتطلق على الأشكال الخفيفة من الاكتئاب الدوري. أما عند هانز آيزنيك فيعد عسر المزاج إلى جانب الهستيريا واحد من المجموعتين الرئيسيتين للمتغيرات العصابية. وبشكل عام يتم تقسية الأعراض العصابية لحالات القلق إلى اكتئابيات رجعية وحالات القسر

المعني غير سعيد بشكل واضح وبلا انقطاع أحياناً، ومغتم ويأس وقانط. وتتحول الحياة عند بعض المكتئبين إلى جحيم خالص. وغالباً ما تكون الحالة في الصباح أسوأ ما تكون، على الرغم من أن بعض الناس يعانون من ازدياد الأعراض سوءاً في الليل. وبعضهم يكثّر بكاءه؛ بالمقابل فإن بعضهم الآخر يشعر بالراحة لو تمكن من البكاء. ويمكن للقلق والقابلية للإثارة وعدم الصبر أن تكون من الأعراض الوجدانية المرافقة للاكتئاب.

2.1- فقدان الاستمتاع والاهتمام والدافع

تعتبر اللامتعة An hedonic من السمات المميزة للاكتئاب. فالمريض لا يعود قادراً على الاهتمام بالنشاطات المعتادة أو من الاستمتاع والفرح والإشباع منها (لدى الأطفال يمكن أن يكون فقدان الاهتمام بالألعاب واللعب من أوضح علامات الاكتئاب؛ أنظر الفصل المتعلق بذلك). وبدلاً من أن يشعر المعنيون بتضاؤل دوافعهم في متابعة طموحاتهم المعتادة واهتماماتهم فإنهم يشعرون بالملل أو الفراغ. وفي حين أن بعضهم قد يستطيع الاستمتاع بنشاط واحد على الأقل ويتخلص من اكتئابه لفترة وجيزة على الأقل فإن البعض الآخر لا يمكن أن ترحضه أية متعة وتجعله ينفرج.

3.1- التفكير وتقدير الذات

يتميز المكتئبون بالتفكير التشاؤمي والسلبى، الذي يجعلهم ينظرون بئاس لحياتهم وتطلعاتهم ويشعرون بأنهم عديمو القيمة وعاجزون عن تغيير الأشياء. وتبدو لهم المهمات المطروحة في العمل والبيت ضخمة ولا يمكن حلها أو مواجهتها. وغالباً لا يصدق المكتئبون المعالجين الذين يعدونهم بالتحسن. ويمكن لهذا اليأس أن يقود إلى أفكار الانتحار والتخطيط له.

كما ويتكرر ظهور مشاعر الذنب في أفكار المكتئبين والتي يكون مصدرها أنهم هم أنفسهم مسئولين عن اكتئابهم وأنهم يعاقبون. وبعض المرضى يدورون في أفكارهم باستمرار حول "لؤمهم" أو حول الأخطاء التي ارتكبوها في مجرى حياتهم. وفي الحالات الشديدة المتطرفة من الاكتئاب تأخذ هذه الرسالة، أي "أنا إنسان

سيئ" شكلاً ذهنياً هذياناً وهلوسياً. وفي هذا النوع من الذهان الاكتئابي يمتلك الشخص المعنى التصور الهذيانى المتمثل في أن أحد أقاربه يريد قتله لسبب ما متوهم. وربما يسمع آخر أصواتاً، تلح عليه بالانتحار. ولدى بعض الناس تتولد القناعة بأنهم سيموت بمرض غير قابل للشفاء.

وإلى جانب تضرر محتويات التفكير يمكن كذلك لمجرى التفكير أن يتضرر. إذ تتباطأ القدرة على التفكير. والأشخاص المكتئبون كثيرون التردد ويعانون من صعوبة في التركيز على أمر آخر غير أفكارهم الكئيبة أو المتجهمه. وبعضهم يكون فاقداً للتوجه (يعاني الضياع) ويعانون من مشكلات في الذاكرة، الأمر الذي يمكن أن يتم الخلط بينه وبين الخبل لدى كبار السن المكتئبين في كثير من الأحيان.

4.1- مشكلات اجتماعية

يميل المكتئبون للانعزال اجتماعياً وانفعالياً عن الناس الآخرين ويعتبرون أنفسهم قاصرين في أدوارهم الاجتماعية المختلفة. ويصعب عليهم الاحتفاظ بالاتصال البصري والتواصل معهم؛ وجوههم المميزة المتكدرة والمقطبة تجعل الناس الآخرين مصدودين عن التواصل معهم. وكثيراً ما لا يملكون الكثير من الصبر مع الآخرين ويصعب عليهم السيطرة على غضبهم وتوترهم. والأمهات المكتئبات مثلاً يلعبن أقل مع أطفالهن ويستجيبون بتباطؤ على تعبير أطفالهم عن مشاعرهم.

5.1- المشكلات الجسدية

غالباً ما تشكل الأعراض الجسدية المترافقة مع الاكتئاب السبب الرئيسي الذي يدفع المكتئبين لمراجعة الطبيب. ويمكن تصنيف الأعراض الجسدية ضمن فئتين رئيسيتين: الأولى الأعراض الإعاشية والثانية المشكلات الجسمية العامة.

(أ) **الأعراض الإعاشية:** يتم توجيه الوظائف الإعاشية (أو الإعاشية العصبية neuro vegetative) - من ضمنها الشهية والنوم وتنظيم الطاقة من باحات دماغية. ويعتقد العلماء أن هذه الوظائف تعاني في أشكال كثيرة من الاكتئاب. ومن ضمن الأعراض الإعاشية للاكتئاب يمكن تعداد:

- = اضطرابات النوم (فقدان النوم، الذي غالباً ما يكون على شكل صحو مبكر وفقدان الهدوء أو التوتر أو الحاجة الملحة للنوم).
- = اضطرابات الشهية (فقدان الشهية والاهتمام بالطعام، وأحياناً مع فقدان للوزن أو فرط للشهية مع ازدياد في الوزن).
- = فقدان الاهتمام بالجنس والرغبة فيه.
- = فقدان الطاقة والتعب (ويمكن لهذه الأعراض أن تكون واضحة لدرجة أن بعض الناس يعتقدون أنهم يعانون من مرض مهدد للحياة).
- = حالات إثارة نفسية حركية (عدم الهدوء، التملل، عدم القدرة على الجلوس هادئاً) أو تباطؤ نفسي حركي (تباطؤ حركة الجسد والتفكير والتصرف والكلام؛ أحياناً الشعور يتثاقل شديد في الأعضاء).

(ب) الأعراض الجسدية الأخرى: يشكو عادة الناس المكتئبون إلى جانب الأعراض الإعاشية المرافقة من مجموعة كبيرة من الشكاوى الجسمية المرهقة. وبما أن الهضم يتباطأ لدى المكتئبين فإنهم يتكرر لديهم الإمساك ويشعرون بالدوار وبالحموضة في المعدة وجفاف الفم. والشيء نفسه ينطبق على الصداع وآلام الظهر والصدر وضيق النفس والطفح الجلدي وأوجاع من كل الأنواع في جميع أجزاء الجسد.

2- التشخيص

يتم تشخيص الاكتئاب على أساس ظهور الأعراض المميزة ووفق مجراه والتاريخ السابق للمريض وأسرته، ذلك أنه يتكرر ظهور الاكتئاب لدى أفراد الأسرة الواحدة. وعلى العيادي هنا أن يستبعد وجود عدد كبير من صور الأمراض الأخرى، التي يمكن أن تسبب أعراض الاكتئاب (أنظر الإطار الشارح تحت عنوان "هل هو مجرد ضيق أم اكتئاب"). وبعض العياديون يجعلون المريض يجيب على استبيانات (أنظر سلم الاكتئاب العام في هذا الفصل).

من يصبح مكتئباً؟

على الرغم من أن كل إنسان يمكن أن يعاني من اضطراب اكتئابي إلا أنه توجد من الناحية الإحصائية مجموعات خطر معينة. ومن هذه المجموعات يمكن تعداد:

النساء: تملك النساء استعداداً للمرض بالاكتئاب ضعف الرجال. وحتى الآن لم يقدم لنا البحث العلمي أي تفسير لهذه الظاهرة. وطبعاً لا يمكن إلا للنساء أن يصبين بأشكال الاكتئاب المرتبطة ببيولوجية الحمل لديهن كالمتلازمة القبل طمثية Premenstrual Syndrome⁽¹⁾ أو اكتئاب ما بعد الولادة. ولكن لم يتم حتى اليوم برهان أن الأسباب البيولوجية وحدها هي المسؤولة عن هذه الفروق في تكرار الاكتئاب لدى النساء أكثر من الرجال. وينادي بعض الباحثون في الوقت الراهن أن النساء أكثر استعداداً للمعاناة من انخفاض قيمة الذات لديهن وبالتالي للإصابة بالاكتئاب بسبب الأدوار الاجتماعية المتعلقة بجنسهن ووضعهن الاجتماعي الاقتصادي في المجتمع.

الأشخاص الذين يتكرر ظهور الاضطرابات الوجدانية في عائلاتهم: أظهرت الأبحاث أن يحتمل للأطفال الذين يعاني أحد والديهم من الاكتئاب أن يعانون من الاكتئاب قبل بلوغهم سن 18 بدرجة تبلغ مرتين إلى ثلاثة أكثر من الأطفال الذين لا يعاني والديهم من الاكتئاب. فإذا كان الوالدان يعانيان من الاكتئاب فإن الاحتمال يرتفع إلى الضعف. كما ويرتفع احتمال الاضطرابات الثنائية القطب في مثل هذه الأسر. وسوف نناقش نشوء الاضطرابات الوجدانية فيما بعد.

(1) متلازمة ما قبل الطمث Premenstrual Syndrome: الظهور المتكرر للصداع وحالات الاحتقان و الكدر النفسي وازدياد الأمراض الموجودة سوءاً كالشقيقة والصرع واضطرابات المعدة قبل أيام من الدورة الشهرية. ويعتقد أن السبب يكمن في خلل الهرموني والعصبي الإعاشي.

= الأشخاص من المجموعات العمرية بين 25-44: وهي الفئة العمرية التي تحقق فيها نسبة المرض بالاكتئاب قمتها. وعلى الرغم من أن الاكتئاب يمكن أن يظهر في أي سن، بما في ذلك سن الطفولة المبكر، فإن الاكتئاب يبدأ لدى غالبية الناس بين نهاية العشرينات وبداية الثلاثينات. من ناحية أخرى تشير آخر النتائج إلى ارتفاع نسبة المرض لدى الناس في سن اليافع بين المراهقة المتأخرة حتى نهاية العشرين. وعلى الرغم من أن كثير من كبار السن يعانون من الاكتئاب، ولكن بما أن أعراضهم غالباً ما تظل غير مكتشفة، فإن الاكتئاب قلما يظهر - من الناحية الإحصائية - في سن الشيخوخة المتأخرة. وعلى الرغم من أن نسبة المرض لدى الأطفال أقل، فإنه يمكن للاكتئاب أن يضر اليافعين بشدة وبشكل خاص عندما لا يتعرف الراشدون هذه الأعراض.

= النساء المتزوجات غير السعيدات في زواجهن: أظهرت دراسة للمعهد القومي الأمريكي للصحة النفسية أن نصف النساء المتزوجات غير السعيدات في حياتهن الزوجية مكتئبات بالمعنى الإكلينيكي. ولكن من غير المعروف فيما إذا كان الاكتئاب هو الذي يسبب المشكلات الزوجية أم العكس.

= الأشخاص الذين عانوا منذ وقت قصير من خسارة أو من نواثب الدهر: في الماضي كان الإكلينيكيون يفرقون بين الاكتئابيات داخلية المنشأ التي تنشأ دون سبب واضح والتي اعتبروها مرضاً عضوياً وبين الاكتئابيات الرجعية (الارتكاسية) التي تتجم كاستجابة لصدمة حياتية أو عامل إرهاب والتي اعتبروها مشكلة نفسية، لا تستجيب للعلاج الجسدي. أما اليوم فقد اتضح أن الأحداث الحياتية غير المناسبة لدى كثير من الناس، سواء كانت تولد الاستعداد الجسدي أم النفسي للإصابة بالمرض، فإنها تسبب اكتئاباً قابلاً للعلاج (أنظر فقرة البحث عن أسباب ومثيرات الاضطرابات الوجدانية).

= الأشخاص المتعلقون بالكوكائين أو الكحول أو أية مدمنات أخرى: تعتبر مشكلات الإدمان لدى كثير من الناس من العوامل التي تولد الاستعداد للاكتئاب.

اختبارات تقنية مخبرية جديدة

تتوفر في الوقت الراهن تقنيات مخبرية جديدة، كالتقنيات المخبرية التصويرية ومخابر النوم تهدف إلى إعطاء إجابات حول عدد كبير من المتعلقات البيولوجية للاكتئاب. وكل الاختبارات التي ما زالت في مرحلة التطوير تنطلق من فرضية مفادها أن أشكال محددة من الاكتئاب تترافق مع تغيرات في الدماغ والوظائف الجسدية وأنه يمكن استنتاج الشذوذات من خلال قياس التركيب الكيماوي لسوائل الجسد أو من خلال قياس موجات الدماغ ووظائف دماغية أخرى. وما تزال هذه الاختبارات في طور التطوير وبالتالي فإنها ما زالت غير مستخدمة في الممارسة العيادية اليومية.

كيف يمكن تجنب التشخيص الخاطئ

يحدث كثيراً أن تحصل أخطاء في تشخيص الاكتئاب. وبما أن كثير من الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب يعانون من أعراض جسدية كثيرة ومتنوعة فإنهم يلجئون في البداية إلى الطبيب العام. وعلى الرغم من أن ثلثي المكتئبين يلجئون إلى طبيبهم الخاص في البداية، فإن دراسة حديثة تظهر أن 50% من هذه الحالات يتم اكتشافها من قبل الطبيب على أنها اكتئاب؛ فإذا ما تتبعنا الدراسات المجراة من خلال الخدمات المتخصصة بالاضطرابات النفسية فإن النسبة ترتفع إلى 80%.

وترجع هذه النسبة العالية من التشخيصات الخاطئة إلى عدة عوامل. فمن جهة لا يستطيع كثير من الناس أن يتعرفوا إنهم إلى جانب أعراضهم الجسدية يعانون من أعراض نفسية؛ وفي الواقع فإنه يمكن للأعراض الجسدية أن تغطي الأعراض الوجدانية. من جهة أخرى وبسبب الوصمة التي توصم بها الاضطرابات النفسية أو بسبب الخجل الشخصي أو المرتبط بالتربية من الحديث حول مشاعرهم، فإن كثير من الناس يمتنعون عن الحديث للطبيب عن مشاعرهم ومزاجهم، وربما يتردد الطبيب أيضاً في أن يسأل عن المشاعر والمزاج. كما وأن الأطباء أحياناً يترددون من تشخيص الاكتئاب، من أجل وقاية المرضى وأقاربهم من هذه الوصمة الموهومة.

وكما هو الحال في اضطرابات القلق، يمكن للعدد الكبير من الأعراض الجسدية

أن يقود إلى فحوص وتحاليل مكلفة جداً ، قبل أن يصل الطبيب الذي لم يأخذ منذ البداية احتمال وجود اكتئاب بعين الاعتبار، إلى التشخيص "اكتئاب". كما وأن الأشخاص الذين يعانون من مرض جسدي يمكن أن يعانون من الاكتئاب في الوقت نفسه (كما أوضحنا في بداية هذا الفصل). وحتى بالنسبة لهذه المجموعة من المرضى يتوقع غالباً ألا يتم تشخيص الاكتئاب لديهم.

وينبغي أن تبذل الجهود اللازمة وتتخذ الإجراءات المناسبة لتعريف العاملين في المهن الطبية بتشخيص وعلاج الاكتئاب وكذلك الأفراد المعنيين. وتهدف هذه الجهود إلى تصحيح النسبة العالية من أخطاء التشخيص وتسهيل طريق العلاج للمعنيين.

3- الاكتئاب الأساسي

يشكل الاكتئاب الأساسي المتغيرة الأشد من الاكتئاب (ضمن الفئتين الرئيسيتين: الاكتئاب الأساسي واضطراب عسر المزاج). فالأعراض النفسية والجسدية يمكن أن تظهر بشكل مفاجئ أو بالتدريج (وغالباً ما تسبقها حالات من الخوف ونوبات هلع ورهابات)، وتمثل تغيراً واضحاً لمستوى وظائف الحالة النفسية والجسدية السابق عند المريض. وفي الحالات المتطرفة يكون الاكتئاب بارزاً وشديداً إلى درجة يتعرض فيها المعنيون لخطر الموت أو الانتحار نتيجة نقص التغذية والسوائل. ويعبر الاكتئاب الأساسي لدى غالبية الأشخاص عن نفسه من خلال القنوط والتكدر والألم النفسي العابر.

من أجل طرح هذا التشخيص ينبغي أن يترافق المزاج المنقبض أو فقدان الاهتمام والقدرة على السرور مع بعض السمات التالية على الأقل: اضطرابات الشهية والنوم، الإثارة الحركية النفسية أو التباطؤ الحركي النفسي، التعب، الشعور بعدم القيمة الذاتية أو بالذنب، صعوبات في التفكير أو التركيز أفكار أو مخططات الانتحار.

حوالي ثلث من المعنيين يعانون مرة واحدة فقط من الاكتئاب الأساسي، التي تنتهي خلال 8-12 أسبوع. ولدى النصف على الأقل من المعنيين يحدث انتكاس خلال سنة حتى الخمس سنوات. ويبلغ متوسط أطوار الاكتئاب في حياة إنسان ما بين 4-5

مرات. ويمكن للطور أن يستمر دون معالجة بين عدة أشهر حتى السنة. وبين الأطوار الاكتئابية يكون غالبية المعنيون أصحاء بشكل كامل، أي كما كانوا من قبل". وفي حالات قليلة يأخذ الاكتئاب الأساسي مجرى مزمنًا ويسبب إعاقة مستمرة. كما ويمكن للاكتئاب الأساسي أن يظهر مع اضطراب عسر المزاج، الشكل المزمن الأخف من الاكتئاب (أنظر أدناه)، وتطلق على هذه الظاهرة تسمية "الاكتئاب المضاعف".

وتشمل الإجراءات العلاجية على طيف واسع من الأساليب العلاجية البيولوجية والعلاجية النفسية، والتي سنوضحها في سياق هذا الفصل.

4- أشكال أخرى من المجرى

للاكتئاب الأساسي عدد من الأشكال الفرعية المختلفة كالاكتئاب اللانوعي atypical والمجرى المرتبط بالموسم.

1.4- الاكتئاب اللانوعي

يتميز الاكتئاب اللانوعي بالحاجة المفرطة للنوم وازدياد الشهية وازدياد الأعراض سوءاً في المساء، والذي يلفت النظر كذلك من خلال الشهية نحو السكريات والنشويات (الكربوهيدرات). ويستطيع الأشخاص الذين يعانون من هذا النوع من الاكتئاب من الابتهاج بشكل عابر. وتشكل الحساسية المتطرفة تجاه الرفض سمة أخرى من سمات هذا الاكتئاب الذي يترافق وفق رأي بعض الخبراء مع مركب الأعراض هذا. وغالباً ما يستجيب الاكتئاب اللانوعي بشكل جيد لفئة معينة من مضادات الاكتئاب (كابتحات الحمض الأميني الأحادي Mono amino oxidase inhibitors التي يرمز لها اختصاراً MAOI) والمسماة كذلك Psychenergizer (أنظر فقرة الأدوية).

2.4- المجرى المرتبط بالمواسم

لدى كثير من الناس توجد علاقة زمنية بين الأمزجة المختلفة وفصول السنة المختلفة. غير أن بعضهم يمر بأطوار واضحة من المجرى المرتبط بالفصول أو اكتئاب "شتوي" يبدأ في الخريف ويتراجع كلية في الربيع (بعض هؤلاء يمرون في الربيع بطور

هوسي خفيف). وكما هو الحال في الاكتئاب اللانوعي يتميز الاكتئاب المرتبط بالفصول بالحاجة المفرطة للنوم وفراط الشهية واشتهاء الكربوهيدرات. ويميل الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب المرتبط بالموسم إلى النعاس أثناء النهار، إلى درجة أنهم يخاطرون بارتكاب حوادث عمل. ويرتبط الاكتئاب المرتبط بالفصول بتناقص كمية الضوء بشكل واضح في الشتاء، ذلك أنه يشفى بشكل عفوي بمجرد أن يصبح النهار أطول في الربيع. ومن المحتمل أن يتعلق هذا النوع من الاكتئاب بطريقة تأثير هرمون الميلاتونين، الذي يساعد على تنظيم نوم الحيوانات في السبات الشتوي (أنظر البحث عن أسباب ومثيرات الاضطرابات الوجدانية).

وقد أثبت العلاج بمصادر الضوء القوية والمسمى العلاج بالضوء فائدته في علاج الاكتئاب المرتبط بالفصول. كما وأن الرحلات نحو خط الاستواء حيث النهار في الشتاء أطول تقود إلى التحسن.

وهناك شكل نادر جداً من المجرى المرتبط بالفصول يظهر فيه الاكتئاب في الصيف ويختفي في الشتاء. ولا تتوفر حول هذا الشكل حتى الآن إلا معلومات قليلة جداً.

3.4- اضطراب عسر المزاج

تشكل اضطرابات عسر المزاج الشكل الثاني الرئيسي من الاكتئابيات. وهي عبارة عن حالة مزمنة من الاكتئاب الخفيف يستمر لسنوات طويلة. ويعتقد العلماء أن حوالي 3% من السكان يمرضون في مجرى حياتهم باضطراب عسر المزاج. وفي اضطراب عسر المزاج يبدو أن تعكر المزاج قلما يختفي لأكثر من أيام عدة، بحيث تتحول حياة المعنيين إلى حياة مكفهرة. وكل سنتين تقريباً يظهر تحسن يستمر شهراً وشهرين، غير أن الاكتئاب يعود ثانية. وبعض الأشخاص يعتادون على كونهم مكتئبين إلى درجة أنهم يعتبرون الاكتئاب جزءاً من شخصيتهم وليس مرضاً يمكن معالجته. وبما أن الأعراض لا تكون شديدة أو خطيرة كما هو الحال في الاكتئاب الأساسي فإن المعنيين يظلون على المدى القصير قادرين على التصرف والحياة. غير أنه على المدى البعيد تتضرر علاقاتهم وحياتهم المهنية، لأن الأعراض تكون مزمنة.

وبغض النظر عن المزاج الذي يكون حزيناً وسوداوياً، يعاني المعنيون من أعراض شبيهة بأعراض الاكتئاب الأساسي، ولكن بشكل أقل بروزاً أو أقل إعاقة للحياة، وبشكل خاص من اضطرابات في النوم والشهية والتعب أو الطاقة المنخفضة والتقدير المنخفض للذات والتردد وصعوبات في التركيز ومشاعر اليأس. وفي "الاكتئاب المضاعف" يكون الاكتئاب الأساسي واضطراب عسر المزاج إلى جانب بعضهما بحيث أنه يتم قطع الحالة المزمنة بشكل دوري من خلال أطوار شديدة. بعض الباحثين ينطلقون من اضطراب عسر المزاج لدى مرضى معينين، وخاصة أولئك الذين ظهر لديهم الاضطراب في سن الرشد هو عبارة عن عاقبة أو نتيجة لطور من الاكتئاب الأساسي، الذي عانوا منه قبل ذلك لسنوات ولم يشفوا منه أبداً.

5- عوامل الشخصية

على الرغم من أن اضطراب عسر المزاج يمكن أن يظهر في كل سن، فإنه يبدأ غالباً بشكل أبكر من الاكتئاب الأساسي. فهو يبدأ في الطفولة أو اليافع أو سن الرشد المبكر. وعلى أساس البدء المبكر في العادة لاضطراب عسر المزاج ومجره المزمن فإنه يبدو وكأنه قد أصبح جزءاً من شخصية المعني، ويبدو وكأنه سمة من سمات الشخصية. ونتحدث هنا عن "شخصية اكتئابية" أو عن "عصاب اكتئابي". وغالباً ما يتصف المعنيون الذين يعانون من هذا الاضطراب بالتقدير المنخفض للذات المرتبط بالتعلق بالآخرين كمصدر من مصادر القيمة الذاتية، وردود الفعل المعقدة على الخيبة ومشاعر اليأس والميل نحو اتهام الآخرين بالذنب واتجاه عدواني خائب. غير أنه من غير الواضح فيما إذا كانت عوامل الشخصية هذه تولد الاستعداد لاضطراب عسر المزاج أم فيما إذا كانت عاقبة له. وفي كل الأحوال يتم تشخيص اضطراب عسر المزاج بناء على مركب الأعراض النفسي والجسدي الموصوف هنا.

المقياس العام للاكتئاب

يرجى قراءة العبارات التالية وتقدير مدى انطباقها عليك في المربع الذي يصف حالتك خلال هذا الأسبوع من خلال وضع إشارة (X) في أحد المربعات المقابلة للعبارة.

0 : تعني نادراً أو لا أبداً (أقل من يوم)

1 : أحياناً (بين اليوم واليومين)

2 : غالباً (بين 3 حتى 4 أيام)

4 : دائماً، كل الوقت (بين 5-7 أيام)

م	العبارة	نادراً 0	أحياناً 1	غالباً 2	دائماً 3
1	أثناء هذا الأسبوع أقلقني أشياء لا تقلقني في العادة.	0	1	2	3
2	أثناء هذا الأسبوع قلما شعرت بالشهية للطعام.	0	1	2	3
3	أثناء هذا الأسبوع لم أتمكن من التخلص من مزاجي العكر، على الرغم من أن أصدقائي أسرتي.. الخ قد حاولوا التخفيف عني.	0	1	2	3
4	أثناء هذا الأسبوع شعرت مثل الآخرين تماماً.	0	1	2	3
5	أثناء هذا الأسبوع بذلت جهداً من أجل التركيز.	0	1	2	3
6	أثناء هذا الأسبوع كنت مكتئباً/متكدرًا	0	1	2	3
7	أثناء هذا الأسبوع كان كل شيء مرهقاً بالنسبة لي.	0	1	2	3
8	أثناء هذا الأسبوع كنت متفائلة جداً بالمستقبل.	0	1	2	3
9	أثناء هذا الأسبوع فكرت أن حياتي أكبر غلطة.	0	1	2	3

م	العبارة	نادراً 0	أحياناً 1	غالباً 2	دائماً 3
10	أثناء هذا الأسبوع شعرت بالقلق مراراً.	0	1	2	3
11	أثناء هذا الأسبوع نمت بشكل سيئ.	0	1	2	3
12	أثناء هذا الأسبوع كان مزاجي مبهجاً.	0	1	2	3
13	أثناء هذا الأسبوع تحدثت أقل مما هو معتاد.	0	1	2	3
14	أثناء هذا الأسبوع شعرت بالوحدة.	0	1	2	3
15	أثناء هذا الأسبوع كان الناس غير لطيفين معي.	0	1	2	3
16	أثناء هذا الأسبوع استمتعت بالحياة.	0	1	2	3
17	أثناء هذا الأسبوع غلبني البكاء أحياناً.	0	1	2	3
18	أثناء هذا الأسبوع كنت حزينا.	0	1	2	3
19	أثناء هذا الأسبوع شعرت بأن الناس لا يستطيعون تقبلي.	0	1	2	3
20	أثناء هذا الأسبوع لم أستطع استجماع قواي للقيام بأي أمر.	0	1	2	3

6- العلاج

في الماضي كان اضطراب عسر المزاج يعالج نفسياً على الغالب أما في الوقت الراهن فيتم استخدام الأدوية النفسية أيضاً.

1.6- علاج الاكتئاب

تعتبر الاكتئابيات من أشكال الاضطرابات النفسية القابلة بشكل جيد للعلاج. وفي بعض الأحيان يمكن أن تشفى تماماً، دون حدوث انتكاس. وفي أحيان أخرى

يتم علاج الأطوار الاكتئابية بمجرد ظهورها؛ وبالتالي يمكن تخفيض نسبة الانتكاسات بشكل كبير. وبمجرد أن يظهر اضطراب اكتئابي بوضوح ويتم تشخيصه بدقة يمكن علاجه بعدد كبير من الطرق العلاجية التي يستخدم منفردة أو مركبة.

فإذا كان الاكتئاب شديداً ويحمل خطر التهديد للحياة فإن المعالجة غالباً ما تبدأ في المشفى، حيث يمكن هناك جعل الحالة مستقرة ومعتنى بها ومحمية.

ومن حيث المبدأ تتوفر لنا ثلاث طرق أساسية لعلاج الاكتئاب: العلاج الدوائي والأساليب العلاجية السلوكية والعلاجية النفسية.

ووفق مستوى المعرفة الراهن يتم على الأغلب استخدام العلاج الجسدي، أي الدوائي في حالة الأطوار الشديدة المنفردة من الاكتئاب، وفي الحالات الأشد يتم في الحالات الاستثنائية استخدام العلاج الكهربائي التشنجي بالتوليف مع العلاج النفسي. وفي الأطوار الأخف يبدو أن العلاج السلوكي الاستعرافي والعلاج بين شخصي متفوقان في العلاج (أنظر الفقرات المتعلقة بذلك في هذا الفصل). ولكن في الوقت نفسه لا بد من التنويه أنه وفق نتائج الأبحاث العلمية لا توجد فروق دالة بين العلاج الدوائي والأساليب العلاجية السلوكية الاستعرافية - بغض النظر عن شدة الاضطراب - وفي الاكتئاب الأساسي الانتكاسي أو المزمن وعسر المزاج قد يكون من الضروري أن يستمر العلاج سنوات عدة بالأدوية النفسية أو العلاج النفسي أو كليهما معاً.

2.6- الأدوية النفسية

لقد تم تطوير عدد كبير من الأدوية المضادة للاكتئاب، يمكنها أن تجعل الطور الاكتئابي يختفي خلال أسابيع. وكما عرضنا في فصل الأدوية النفسية يمكن تصنيف هذه الأدوية إلى ثلاثة فئات: مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة وكابحات الحمض الأميني الأحادي و"مضادات الاكتئاب من الجيل الثاني"، التي يعد من ضمنها كابحات استرداد السيروتونين الانتقائية Selective Serotonin Resumption Inhibitors (SSRI). وكما عرضنا حول النواقل العصبية وعوامل كيميائية أخرى، تصحح هذه الأدوية على ما يبدو القصور في نواقل عصبية معينة

وبالتالي تعيد تطبيع المزاج. وعادة ما يحتاج الأمر لأسابيع عديدة إلى أن تتمكن الأدوية من التأثير؛ غير أن بعض الأعراض (كاضطرابات النوم يمكن أن تختفي مباشرة). ويحدث التأثير فجأة أكثر منه بالتدريج. وفي الأسابيع الثلاثة أو الستة الأولى بظل المريض مكتئباً، عندئذ يشعر بين ليلة وضحاها بأنه أفضل حالاً.

ويتم رفع جرعة غالبية مضادات الاكتئاب بالتدريج، إلى أن يتم الوصول إلى المستوى المناسب من الجرعة في الدم (وهذا يختلف من مريض لآخر) وبحيث يمكن تحمل الأعراض الجانبية بشكل جيد.

ليس كل دواء يؤثر بكل مريض وكذلك تختلف الأعراض الجانبية. ومن المهم أن يتم العلاج من قبل طبيب يعرف بشكل جيد هذه الأدوية ويمتلك خبرات باستخدامها. وعلى الرغم من أن كل طبيب يمكن أن يصفها فإن الأطباء النفسيون يمتلكون أفضل الخبرات مع هذه الأدوية.

ينبغي للتأثير أن يظهر خلال ستة أسابيع بعد الوصول إلى الجرعة المناسبة. فإذا لم يحصل هذا ولم يستطع المريض تحمل الآثار الجانبية، يقوم الطبيب بتغيير الدواء أو يصف دواء ثانياً إضافياً (الكثير من مضادات الاكتئاب تزعج بشكل ملفت لفترة عابرة فقط، أنظر فصل الأدوية النفسية) وواحد من أكثر الأخطاء المرتكبة في علاج الاكتئاب الانتقال من دواء لآخر أو من مبدأ علاجي لآخر دون أخذ الوقت الكافي واللازم من أجل اختبار الدواء بصورة كافية.

أما الليثيوم الذي يستخدم في العادة لكبح الهوس وتثبيت الاضطراب ثنائي القطب ولمنع انتكاس الاكتئاب (أنظر في موقع آخر من هذا الفصل) فيمكنه أن يقوي من مفعول مضادات الاكتئاب في بعض الأحيان.

وقد يقرر الطبيب المعالج استخدام أدوية إضافية لمكافحة التأثيرات الجانبية غير المرغوبة أو بعض الأعراض الجانبية. وعليه يمكن أن يصف مضادات الذهان في حال وجود أعراض ذهانية.

3.6- مدة العلاج

بما أن احتمال الانتكاس وارد إذا ما توقف المريض عن تناول الأدوية، فإن العلاج بالأدوية يجب أن يستمر في الأطوار المنفردة بشكل عام لسنة أشهر على الأقل. وفي حال الاكتئاب المزمن يمكن للعلاج أن يستمر إلى مدى غير محدود بالجرعة نفسها أو بجرعة مخفضة. ولدى الأشخاص الذين تكرر لديهم في تاريخهم السابق ظهور الاكتئاب غالباً ما يستمر العلاج بالتوليف مع العلاج النفسي أو بدونه لسنوات عدة. وبعض المتخصصين يعالجون الاكتئاب المتكرر بعلاج طويل الأمد بالليثيوم. والبديل لذلك علاج الأطوار التي تظهر بشكل منفرد.

4.6- العلاج الكهربائي التشنجي

يعتبر العلاج النفسي بالشكل المستخدم به اليوم إمكانية علاجية إنسانية وفاعلة وخالية من المخاطر والألم وسريعة. ويمكن للعلاج الكهربائي التشنجي أن يمثل وسيلة مفيدة بل ومنقذة للحياة أحياناً وبشكل خاص لدى الأشخاص المثارين والذهانيين والمعرضين لخطر الانتحار أو الذين يعانون من نقص التغذية الذين لم يستجيبوا لمضادات الاكتئاب أو لا يستطيعون تحملها. والعلاج الكهربائي التشنجي ليس له علاقة بالعلاج بالصدمة الكهربائية المعروف من الماضي. وقد تم التعرض لاستخدام هذا الشكل من العلاج في الفصل الخامس.

5.6- العلاج بالضوء

تم وصف العلاج بالضوء في الفصل المتعلق بالعلاج النفسي بالتفصيل. وإلى جانب استخدام العلاج بالضوء في علاج الاكتئاب الموسمية تتم حالياً دراسة العلاج بالضوء في علاج أشكال أخرى من الاكتئاب بما في ذلك اكتئاب ما قبل الطمث.

6.6- العلاج النفسي

من حيث المبدأ ثلاثم كثير من أشكال العلاج النفسي المعروضة في الفصل الرابع علاج الاكتئاب. غير أنه في الأطوار الشديدة الحادة من الاكتئاب الأساسي ينصح باستخدام الأساليب العلاجية السلوكية، التي يلتزم فيها المعالج بشكل أكثر فاعلية ويعمل مع المريض أكثر من الأشكال العلاجية الديناميكية الكاشفة الأقل

توجيهية، التي غالباً ما تكون مرهقة جداً في الطور الاكتئابي. وحتى عندما يكون استخدام العلاج الدوائي أساسياً يحصل غالبية المرضى على علاج نفسي إضافي، يهدف إلى مساعدتهم على فهم انعكاسات المرض على حياتهم اليومية وبالتالي التعامل بشكل أفضل معه. ويتمركز العلاج على التغلب على العوامل المرهقة وتقديم الاستشارات في المسائل الصيدلانية وتقديم الدعم والمساندة.

والى جانب العلاج السلوكي الذي يقوم بشكل خاص على تصميم أو بناء مجرى اليوم وبناء النشاطات تم تطوير طريقتين من العلاج النفسي المختصر لعلاج الاكتئاب، الأولى العلاج النفسي الاستعرافي والثانية العلاج النفسي البين شخصي. وقد خضعت هذه الطرق لعدد كبير من الاختبار العلمي، حيث أثبتتا فاعليتهما المطلقة. أما المعالجات النفسية الديناميكية فاختبارها أصعب بكثير (لأسباب المذكورة في الفصل السادس)، ولهذا فإن فاعليتها في معالجة الاكتئاب غير مبحوثة بالدرجة نفسها للطرق السابقة. غير أن كثير من الممارسين يعتبرون أن العلاج النفسي الديناميكي مفيد وبشكل خاص بعد اختفاء الأعراض الشديدة للاكتئاب؛ ويمكن لهذه الأشكال العلاجية أن تسهم في تحديد المشكلات الأخرى وحلها.

7.6- العلاج الاستعرافي

تم تطوير العلاج الاستعرافي الذي عرضنا له في الفصل السادس بالتفصيل كعلاج مكثف وقصير الأمد إلى حد ما من أجل معالجة الاكتئاب خصوصاً. ويقوم العلاج الاستعرافي على فرضية مفادها اتجاهات الإنسان نحو العالم تحدد مشاعره وأنماط سلوكه. والمكتئبون متشائمون سيئون، يبرزون في كل حدث الجوانب السلبية أو المثبطة ("كل شيء رمادي"، "كأس الماء نصفه فارغ" بدلاً من "ما زال نصف الكأس ملآن". ويعتبر العلاج الاستعرافي الذي يستمر بين 3-6 أشهر ويكمل أحياناً "جلسات تنشيطية أو إنعاشية"، علاجاً شديداً التصميم أو البناء high structured- يساعد المرضى المكتئبين على تهديم أفكارهم السلبية حول أنفسهم والعالم الآخرين والمستقبل. وبمجرد أن يتعرف المرضى على أخطائهم في التفكير ويصححونها، يبدأ كثير من المرضى المكتئبين بسرعة كبيرة في استرداد الأمل والإحساس بالاستمتاع من جديد والتصرف بشكل آخر، بحيث يشهدون خبرات إيجابية.

8.6- العلاج البين شخصي للاكتئاب

العلاج البين شخصي للاكتئاب عبارة عن شكل مختصر وحديث يستخدم فقط في علاج الاضطرابات الاكتئابية. ويقوم هذا العلاج على أساس تصور أن أعراض الاكتئاب تنشأ نتيجة للعلاقات المضطربة. ويعمل الممرض والمعالجون في جلسات علاجية أسبوعية طوال ثلاثة أو أربعة أشهر على حل تلك المشكلات العلائقية التي تبدو ذات أهمية بالنسبة للاكتئاب الراهن: الحزن على شخص محبوب، خلافات وصراعات الأدوار، تغير الأدوار كالمشكلات المترافقة مع الطلاق أو مع العبور إلى مرحلة حياتية جديدة (كالقاعد أو استقلال الأولاد عن المنزل)؛ أو الوحدة أو العزلة أو نقص الكفاءات الاجتماعية.

9.6- العلاج السلوكي

يقدم العلاج السلوكي المدروس بشكل جيد والذي يستخدم في العادة مع العلاج الاستعرافي (ويسمى عندئذ العلاج الاستعرافي السلوكي) تقنيات ومساعدات متنوعة جداً - كالمهام التنشيطية وتمارين الثقة بالنفس، وتدريب المهارات الاجتماعية - تساعد المعنيين، التعامل مع الاكتئاب والتغلب عليه. وتتصدر هنا المساعدات في مواجهة مشكلات الحياة اليومية وتهديم الأنماط السلوكية المنمية للاكتئاب. ومن خلال المذكرات اليومية والوظائف المنزلية يتم في مرحلة البداية من العلاج تحرير بداية جديدة، تساعد في التغلب على الاكتئاب.

10.6- العلاج الأسري

يفترض العلاج الأسري أن الاكتئابيات تنشأ من خلال الاضطراب في المنظومة العائلية. ومن المؤكد أن الأسر فيها أكثر من فرد يعاني من الاكتئاب؛ وعليه يمكن لاكتئاب أحد الوالدين أن يقود إلى عواقب وخيمة على الأسرة ككل. ويعرض الفصل الرابع مناقشة مستفيضة للعلاج الأسري. ولا ينصح استخدام العلاج الأسري كطريقة لعلاج الاكتئابيات إلا في الحالات الاستثنائية فقط.

7- فاعلية الأساليب العلاجية النفسية في علاج الاكتئاب

وفق مستوى المعرفة الراهن من الأبحاث نعرف أن العلاج السلوكي والعلاج البين شخصي فاعلان في معالجة الاكتئاب ومنع الانتكاس. بالإضافة إلى ذلك لا بد من التنويه إلى أهمية "العلاج النفسي الداعم، الذي يتم استخدامه بشكل إضافي مع العلاج الدوائي. وفي هذا المقام سنقوم بعرض ما الذي يمكننا توقعه من علاج النفسي فاعل وواعد بالنجاح. ويتعلق الأمر بمسألتين:

= ما الذي يحدث في هذه المعالجات النفسية؟

= كيف تؤثر هذه المعالجات؟

سوف نقوم في البداية بعرض ما الذي يمكن أن يحدث في علاج نفسي للاكتئاب.

1.7- خمس وعشرون خطوة في العلاج النفسي للاكتئاب؟

- 1- المساعدة في مواجهة الأزمات والتغلب عليها، التخفيف من الأعباء والإرهاقات والضغط والدعم.
- 2- التشخيص الدقيق ودراسة تاريخ الحياة.
- 3- التحليل الدقيق للوضع الحياتي الراهن.
- 4- إرشاد نحو مراقبة الذات، كتابة بروتوكول.
- 5- البحث عن تفسير للاكتئاب وبرهانه.
- 6- تحديد مجالات المشكلات وتسميتها.
- 7- مناقشة أهداف العلاج وتحديدها.
- 8- تسمية طرق لتحقيق الأهداف من خلال نموذج التفسير وتوضيحها بشكل مفهوم.
- 9- التعرف على العلاقة بين التصرف والإحساس.
- 10- تجميع نشاطات تحقق خبرات مريحة ومقبولة وإيجابية.
- 11- اتخاذ إجراءات للتنشيط والبنائية.

- 12- كتابة بروتوكولات ، البناء المتدرج للنشاطات المريحة.
- 13- التخلص من النشاطات غير المريحة والمقيدة والمرهقة .
- 14- إجراءات لتحسين التغلب على المشكلات.
- 15- تجريب استراتيجيات التغلب على المشكلات هذه.
- 16- التعرف الخجل والكوابح والثغرات السلوكية في الاتصال الاجتماعي.
- 17- بناء المهارات ، التمرن عليها ، لعب الأدوار (السيكودراما).
- 18- العمل على العلاقة بين الأفكار والمشاعر.
- 19- التعرف على أنماط التفكير السلبية والمشوهة.
- 20- بناء أنماط تفكير وتصرف بديلة.
- 21- التمرن على هذه الرؤى الجديدة والمهارات في الحياة اليومية.
- 22- التعرف على الصراعات الاجتماعية وخيبات الأمل والخسائر.
- 23- معالجة هذه المجالات من المشكلات ووضع حلول لها.
- 24- إشراك الشريك أو الأسرة.
- 25- التعامل مع الأزمات والمشكلات المستقبلية والصعوبات.

ولا يتم تطبيق هذه العناصر الخمس وعشرين دائماً كلها. إذ ينبغي أن يتم تغيير العلاج حسب الوضع الشخصي وتاريخ حياة الشخص المعني. غير أنه ينبغي للنقاط العشر الأولى والنقطة الأخيرة أن تكون في كل الأحوال من ضمن العلاج المتخصص والواعد بالنجاح.

ويؤثر العلاج النفسي بشكل خاص من خلال أن يتقبل المعالج الودود والداعم والباذل للجهد والكفاء المريض المكتئب دون تحفظات ودون شروط. أما المحاولات المتسارعة في الحل ومحاولات الإقناع فهي خطأ ولا تساعد في التغلب على الاضطراب والحيرة الاكتئابية وعلى التشاؤم الاكتئابي واليأس والقنوط. ويؤكد المعالج مراراً وتكراراً ودون انقطاع بلا كلل أو ملل وبصبر ودون أن يترك اليأس الاكتئابي عند المريض يتسرب إليه شخصياً بأنه يوجد طرق للخروج من الاكتئاب وهناك حلول

ممكنة وبأن هناك كثير من المرضى الذين يعانون من الاكتئاب وأن الاكتئاب اضطراب قابل للمعالجة.

ومن خلال الأسئلة المنهجية والمهمة يُدخل المعالج بالتدريج النظام إلى الوضع الصعب وغير المفهوم غالباً والمحير للمريض. وهكذا تصبح المشكلات الأساسية أكثر وضوحاً، وتتضح العلاقات بالمشيرات النمطية والتصرف والتفكير غير المناسبين والمواجهة غير الناجحة والعادات غير المفيدة والظروف التي تحتاج للتعديل على المدى القصير ("الأسباب") في المحيط والحياة اليومية وفي ذات الشخص وفي التعامل مع الأمور.

عندئذ يتم بشكل مشترك إنجاز نموذج تفسير. وتصبح الأهداف أوضح، وتتفتح التعديلات وطرق الحل. والمهم من أجل هذا هو تعاون المريض، وطبعاً حسب إمكانياته، ودون ضغط وتحميل فوق الطاقة. وتعد التمارين بين الجلسات العلاجية بشكل خاص من ضمن هذا التعاون. وبهذه الطريقة يعرف المرضى كيف يمكن للتعديلات أن تكون الأمر الذي يجعله يؤمن بإمكانية خبرات أخرى وأنه قادر نفسه على أن يعيش هذه الخبرات ويصنعها.

أما الانتكاس والعودة إلى العادات القديمة فهي أمر طبيعي ويمكن اعتبارها فرصة مرحب بها من أجل إعادة تحليل الأسباب، أكثر من مرة إذا لزم الأمر، وإيجاد حلول وتطبيقها وتجريب تعديلات جديدة.

وفيما يلي سنعرض ثانية لتلخيص عوامل التأثير المناسبة في العلاج النفسي:

2.7- عوامل التأثير

- 1- معالج صبور وفاعل وواثق ومطمئن وباذل للجهد.
- 2- علاقة مليئة بالثقة وطيبة بين المعالج والمتعالج.
- 3- التحليل المنهجي والأسلوب المنظم أو المخطط، المعالجة المنهجية المثابرة للمشكلة الرئيسية.
- 4- الأهداف الواضحة، تفسيرات واضحة وطرق للحل.

- 5- تطبيق أو استخدام إجراءات ملموسة، تمارين ووظائف.
- 6- الانتكاسات أمر طبيعي وتتم معالجتها بصبر، ويكرر تحليلها مرات ومرات إذا لزم الأمر ويتم البحث عن حلول.

تحدد المبادئ العلاجية المختلفة المعلومات التي يتوقعها المعالج من المريض، وكذلك الأسلوب الذي يحاول من خلاله التأثير على المعنى من أجل تحقيق أهداف العلاج. ففي العلاج الداعم ينصب اهتمام المعالج النفسي على منح المريض فرصة التنفيس والتعبير عن مشاعره "بحرية وصراحة". ويركز بشكل خاص على المشكلات الحياتية الراهنة ومشكلات المواجهة الراهنة. أما في العلاج السلوكي يهتم المعالج من خلال في البداية بتمارين ووظائف معينة وأسئلة من أجل أن يوضح للمتعالج كيف يمكن لأنماط إشكالية من السلوك والعادات والتفكير أن تؤثر على الإحساس والجسد وبالتالي كيف يمكن لها أن تسبب الاكتئاب. وبعد ذلك يقوم المعالج بالتعاون مع المريض باشتقاق أنماط سلوكية مناسبة "ذهنية" (يطلق المتخصصون على ذلك تسمية استعرافية) وعملية، من أجل إحداث تعديلات. وبالمقابل فإن المعالج في المبادئ العلاجية الأعماقية يحاول المعالج اكتشاف الأسباب المشكلات الانفعالية الممكنة الأعمق المخفية في العادة منذ الطفولة "في اللاشعور". وهنا يحاول التوضيح للمريض ماهية التأثيرات التي تملكها الانفعالات والعلاقات الباكرة على الخبرات الراهنة، من أجل تنمية شكلاً جديداً من المواجهة مع الحاضر والمستقبل.

وفي الحالة المثلى يجد المعالج بعد تقويم دقيق للصعوبات والظروف الحياتية الصعبة للمريض الشكل المناسب من العلاج. وغالباً ما تتعلق الطريقة العلاجية المنصوح بها بتأهيل المعالج الذي يستشير المريض أو بالإمكانات المتوفرة في محيطه. وعلى الرغم من أن بعض المعالجين النفسيين يقتصرون على طريقة علاجية واحدة فقط وتقنياتها، إلا أن غالبية المعالجين النفسيين مؤهلون في أكثر من طريقة علاجية ويستخدمون في عياداتهم عدداً كبيراً من طرق المدارس العلاجية المختلفة.

مساعدة على تصميم اليوم

دفتر الاكْتَتَاب اليومي: كيف استتج ما الذي يريحني وما الذي يزيد اكْتَتَابي سوءاً.

الرجاء سجّل في هذا البرنامج الأسبوعي بكلمات مختصرة كل الأحداث والنشاطات التي تحصل معك. حاول أن تعبئ البرنامج كل ثلاث أو أربع ساعات. وإذا لم تكن المساحة المخصصة كافية يمكنك الكتابة على الوجه الآخر للورقة أو على أوراق إضافية.

يرجى وضع الإشارات التالية إلى جانب كل نشاط:

- : تعني سيئ جداً
- : سيئ
- +/- : لا جيد ولا سيئ
- + : جيد
- ++ : جيد جداً

البرنامج الأسبوعي

الساعة	السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة
9-8	--	ما أزال في السرير	استيقظت، ونهضت -				
10-9	--	استحممت	حمام، وقهوة -				
11-10	-	على الصوفا، أقرأ	حضرت أختي -/+				
12-11	على الصوفا، قهوة، فيلم	تكنيس -/+					

الجمعة	الخميس	الأربعاء	الثلاثاء	الاثنين	الأحد	السبت	الساعة
				طبخ +/-	الصوفا، تلفزيون +/-		13-12
				غداء +/-	الغداء +/-		14-13
				تلفزيون +/-	حضرت صديقتي، شربنا قهوة +/-		15-14
				أجبرتني أختي على الخروج +/-	اتصلت بالحاتف --		16-15
				العودة ومشاهدة التلفزيون +/-	تلفزيون --		17-16
					قراءة --		18-17
					تلفزيون --		20-19
						تلفزيون، نمت في الواحدة -	24-20

3.7- كيف يسير العلاج السلوكي؟

تقوم كل طرق العلاج السلوكي لمعالجة الاكتئاب على المحادثات المفصلة مع المعالج، التي يتم من خلالها الشرح للمريض ما هي العوامل التي قادت إلى نشوء الأعراض، وما هي العوامل التي تسهم في الإبقاء عليها.

ويمكن لطرق المراقبة الذاتية أن تشكل هنا مساعدة مهمة في تحقيق هذا الغرض، على نحو المذكرات اليومية. ويساعد مثل هذا النوع من المذكرات على تسجيل النشاطات اليومية مع تقييم للحالة المزاجية. وعليه يستطيع المرء أن يوجد في العلاج وبشكل مبكر ما هي الظروف والعوامل التي تحسن من الاكتئاب وما هي التي تقود إلى ازدياد الأعراض سوءاً.

ووفقاً لوضع المشكلة والظروف المحيطة، مثل الوقت المتوفر للعلاج، يوجد عدد كبير من الأساليب التي يمكن استخدامها في العلاج. وتركز هذه الأساليب على كل المجالات، التي قام على أساسها الاكتئاب: الجسد، الأفكار، المشاعر والسلوك. أما أهم الأساليب العلاجية السلوكية فإنها برامج النشاطات، التي تركز على السلوك اليومي والأساليب الاستعرافية التي تركز على أنماط التفكير. وكل هذه التقنيات تشترك فيما بينها بما يلي:

- = إنها تهدف إلى كسر الحلقة المفرغة للاكتئاب وسلوك الانسحاب؛
- = إنها تتضمن تمارين عملية للتغلب الناجح على الاكتئاب في خطوات صغيرة؛
- = إنها تعلم استراتيجيات حول الكيفية التي يمكن فيها للمرء أن يساعد نفسه في الاكتئاب.

وهذا يعني أن المعالج يعلم استراتيجيات تقود لرفع النشاطات وإلى نظرة واقعية للحياة. بالإضافة إلى ذلك تقود هذه الاستراتيجيات إلى أن المعني يصبح مدركاً بشكل واع بأنه يستطيع التحكم والتأثير على حياته بدلاً من أن يشعر بأنه يأس ومستسلم.

وبناء على تحليل السلوك الذي يقوم على المحادثات وتسجيل المذكرات اليومية

يقوم المعالج بوضع الاستراتيجية العلاجية الملائمة. ومن أجل كسر الحلقة المفرغة والانسحاب والسلبية والحفاظ على الأعراض الاكتئابية، يحاول المعالج على الأقل إعادة تنظيم مجرى اليوم وتنشيط المعنيين نحو النشاطات المختلفة. ويمكن للمعالج أن يعطي إرشادات ويطرح مهمات أو وظائف والتي تقود إلى أن يصبح المتعالج:

- = أكثر نشاطاً من الناحية الجسدية.
- = تزايد عدد النشاطات المهمة التي يقوم بها في اليوم
- = الانشغال مع الوقت بنشاطات يشعر أنها ممتعة.

وبالتوازي مع هذا يقوم المعالج دائماً باستخدام أساليب استعرافية واسعة. التي سنقوم بتوضيحها فيما يلي:

4.7- تعديد أنماط التفكير والتصرف الاكتئابية وتعديلها

إذا كنت مكتئباً فإن كثير من مشاعرك السيئة تنشأ على أساس من أسلوبك النمطي في التفكير. ويرتبط هذا التفكير بالأسلوب الذي ترى فيه نفسك والكيفية التي تحكم فيها على الأشياء. غير أنك تمتلك الكثير من المهارات التي تستطيع فيها حل المشكلات في مجالات أخرى بطريقة جيدة. لقد كنت طوال عمرك تحل مشكلات كثيرة. ويمكنك أن تتعلم استخدام فطنتك وعقلك من أجل "اختبار" فيما إذا كان تفكيرك واقعياً. وبهذه الطريقة يمكنك من حماية نفسك من الاستجابة لكل شيء يبدو لك للوهلة الأولى غير مطمئن أو محزن أو مثبط ومعكر. ويمكنك مساعدة نفسك بنفسك من خلال:

- = تعلمك التعرف على أفكارك ومشاعرك السلبية و
- = تعلم كيفية تصحيحها وإحلال أفكار مفيدة وأكثر واقعية وأكثر منطقية محلها.

1.4.7- قائمة اختبار الأفكار السلبية

دائماً وعندما تلاحظ بأنك تشعر بأنك أكثر حزناً، فكر للوراء وحاول أن تتذكر ما هي الأفكار التي سببت لك مشاعر الحزن أو جعلتها تزداد. ويمكن لهذه

الأفكار أن تكون عبارة عن ردة فعل على أمر ما، حصل منذ فترة قصيرة، ربما خلال الساعات الأخيرة أو في الدقيقتين الأخيرتين أو ربما يكون تذكراً لأمر ما في الماضي. ويمكن للفكرة أن تحتوي على واحد أو أكثر من الموضوعات التالية:

1.1.4.7 الرأي السلبي عن الذات

يحدث هذا التصور مراراً عندما تقارن نفسك بالآخرين، الذين يبدو أنهم أكثر جاذبية ونجاحاً وقدرة وذكاء: "إنني أقل ذكاءً من زميلي بكثير"، "إنني أقل جمالاً من زميلاتي"، "لقد فشلت في تربيتي كأب"، "تعوزني القوة في الحكم والفتنة". وعندما لا يحبك الناس عندما يبدو أن الناس لا يحترمونك، فإنك تتهمك طويلاً في ذاتك أو تتوقف عند أحداث ماضية. وقد تعتبر نفسك بأنك لا قيمة لك وممل وتعتقد أن أصدقاءك وأقاربك سيكونون سعداء لو أنهم ابتعدوا عنك ولم يتعاملوا معك.

2.1.4.7 نقد الذات ولومها

إنك تشعر بالحزن لأنك تركز انتباهك على قصورك المتوهم. وتلوم نفسك لأنك لا تنجز عملك بالشكل الذي تعتقد، أنه عليك القيام به. وتلوم نفسك لأنك لا تقول إلا الأمور الخاطئة أو لأنك تسبب الإرباك للآخرين. وعندما لا يسير أمر من الأمور على ما يرام، فربما تفكر أو تعتقد بأن هذا خطأك، بل وحتى الأحداث المفرحة يمكن أن تسبب لك مشاعر سيئة، وذلك عندما تفكر "أنا لا أستحق ذلك، فأنا إنسان سيئ".

ولأنك تقلل من تقديرك لنفسك بهذا الشكل، فإنك ربما تطرح على نفسك مطالب عالية. وربما مثلاً تطلبين من نفسك أن تكوني ربة منزل كاملة، أو إنسان يمتلك قدرة مهنية لا تخطئ في الحكم. وربما تحرض نفسك ضد نفسك وذلك عندما تقول لنفسك: "كان على أن أحقق عملاً أفضل".

3.1.4.7 التفسير السلبي للأحداث

يمكنك مراراً استنتاج أنك تستجيب للمواقف، التي قد لا تزعجك لو لم تكن

مكتئباً ، بطريقة سلبية. فلو عانيت مثلاً مرة من صعوبة في إيجاد قلم رصاص فإنك قد تفكر وتقول لنفسك "كل أمر صعب علي"، وعندما تقوم مرة بتبذير بعض النقود ، فقد تشعر بالانقباض والضيق كما لو خسرت مبلغاً كبيراً. وفي تعليقات الناس الآخرين تستنتج تستشف الاستنكار. إنك تعتقد بأن الآخرين لا يرغبونك على الرغم من أنه لا يمكن استنتاج ذلك من أسلوب سلوكهم الواقعي.

4.1.4.7- التوقعات السلبية من المستقبل

وقد يتحول لديك التفكير بأنك لن تتمكن أبداً من التخلص من مشاعر المعاناة أو أن مشكلاتك ستستمر للأبد ، إلى عادة. وإذا أردت أن تتجز عملاً محدداً فإنك قد تميل إلى أن تتوقع أمراً سلبياً ، على نحو: "أنا متأكد أنني لن أنجح". كانت امرأة اكتئابية تشعر دائماً عندما تطبخ الطعام للضيوف بأنها لن تنجح في طهو طعام جيد. وهناك رجل كان دائماً يعتقد أنه سيطرد من عمله بسبب خطيئة ما. يميل الشخص الاكتئابي إلى تقبل الفشل المستقبلي والمصائب المستقبلية على أنها قدر محتوم وربما يقول لنفسه: إنه لمن العبث أن أحاول جعل الأمور تسير على ما يرام.

5.7- الأنماط النمطية للتفكير الاكتئابي

يقود التفكير غير الواقعي للاكتئاب ويجعله يزداد سوءاً. ويتوقع هنا أن يرتكب المكتئب واحدة أو أكثر من الأخطاء التالية: (عند القراءة قد تستنتج ما هي الأخطاء التي قد تنطبق عليك).

1.5.7- المبالغة

أنت تنظر لأحداث معينة بأسلوب متطرف. فإذا ما عانيت من مشكلة من مشكلات الحياة اليومية، فإنك تعتقد أنها سوف تنتهي بكارثة. إنك تبالغ بالمشكلات والأضرار المحتملة التي يمكنك أن تتسبب بها. وفي الوقت نفسه فإنك تقلل من قدراتك أو مهاراتك في التعامل مع هذه المشكلات. وتستنتج وتعتقد دون دليل بأن استنتاجك صحيح وصائب. فالرجل الذي وضع كل مدخراته لشراء منزل

له، ولاحظ بعد فترة وجود تصدع بسيط في أحد الجدران، خمن أن البيت قد ينهار يوماً ما وسوف يكون بلا قيمة. واعتقد أن مدخراته قد ضاعت هباء وأنه لا يمكن فعل أي شيء من أجل إنقاذ البيت.

2.5.7- فرط التعميم

تقوم بطرح فرضية أو مقولة عامة وواسعة تؤكد على الجوانب السلبية. "لا يحبني أحد"، "أنا فاشل حقيقي"، "لن أحصل أبداً على ما أريد".

3.5.7- إنكار الأمور الموجبة

إنك مندهش للأمور السلبية ومتعلق بها ولا تتذكر إلا الأحداث السلبية في حياتك. فعندما طلب من إحدى السيدات أن تكتب مذكراتها لاحظت فجأة كثيراً ما مرت بأحداث إيجابية، غير أنها لم تكن توليها قبلاً أهمية تذكر لأنها كانت تميل إلى نسيان الأمور الإيجابية وأنها كانت تعتبرها لسبب أو لآخر بأنها غير مهمة.

6.7- التعديل

1.6.7- البرنامج اليومي

حاول أن تضع برنامجاً للنشاطات لكل ساعة من ساعات النهار. ضع قائمة من النشاطات التي تريد أن تهتم بها كل يوم. ابدأ بأبسط النشاطات وتدرج بها حتى أصعبها. ضع إشارة أمام كل نشاط عندما تنتهي منه. ويمكن لهذا البرنامج أن يفيدك كتقرير مستمر لخبراتك حول النجاح والاستمتاع.

2.6.7- طريقة النجاح والاستمتاع

هناك كثير من الأمور التي يمكنك مواجهتها والتغلب عليها بنجاح حتى من دون "استمتاع" وغالباً ما تكون هذه الأمور في العادة غير مدركة من قبلنا. سجل على سبيل المثال كل أحداث اليوم، حتى العادية منها، أي أبسط الأعمال الروتينية في المنزل، والعمل وقيم كل موقف. ضع كلمة "نجاح" في المهمات التي تغلبت عليها و"استمتاع" أمام كل المواقف التي استمتعت بها.

3.6.7- نموذج A-B-C لتعديل المشاعر

يعتقد غالبية الأشخاص المكتئبين أنه من الطبيعي جداً لهم أن يشعروا بالحزن في غالبية المواقف الحياتية السيئة. وفي الواقع فإن مشاعرنا ناجمة عن أفكارنا وتفسيراتنا، التي نمتلكها في مواقف معينة. فإذا ما فكرت بدقة في الحدث الذي مررت به والذي أزعجك وجعلك مكتئباً، فإنك ستكتشف وجود ثلاثة أجزاء من المشكلة. ويمكن أن نطلق على هذه الأجزاء تسمية A-B-C. وغالبية الناس لا يدركون إلا النقطة A والنقطة C:

= A يمثل الحدث: لنفترض مثلاً، أن زوجتك قد نسيت عيد ميلادك. (حدث)

= B تمثل أفكارك : إن ما يجعلك حزين في الواقع هو الاستنتاج الذي تستخلصه من الحدث (أفكار).

= C مشاعرك: إنك تشعر بالضيق، والخيبة والحزن. (المشاعر). إنك تفكر: "إن نسيان زوجتي لعيد ميلادي يعني أنها لم تعد تحبني." لم أعد جذاباً بالنسبة لها". وربما تفكر أيضاً بأنك لن تكون سعيداً وفرحاً في حياتك من دون اهتمامها وإعجابها. إلا أنه من الممكن جداً أن زوجتك مشغولة بأمور أخرى أو أنها لا تشاركك حماسك لعيد ميلادك. إذا أنت لم تعاني بسبب الحدث نفسه وإنما بسبب استنتاجك غير المبرر.

4.6.7- اختبار الأفكار

عندما تلاحظ وجود شعور حزين دع أفكارك تمر أمام ناظريك وحاول أن تتذكر ما الذي دار الآن بالتحديد في ذهنك. ويمكن لهذه الأفكار أن تكون ردود فعلك "الآلية" على شيء ما، حصل لك الآن - ملاحظة عابرة لصديقك، استلامك لفاتورة حساب، ظهور ألم مفاجئ في البطن، حلمًا نهاريًا، الحصول على علامة سيئة، شماتة صديق أو قريب. ومن المحتمل أن تجد أن هذه الأفكار قد كانت سلبية جداً، وبأنك في الواقع تعتقد بهذا الأفكار.

5.6.7- تصحيح الأفكار

حاول أن تصحح أفكارك، وذلك من خلال الإجابة عن كل مقولة من المقولات السلبية التي أطلقتها على نفسك بمقولة إيجابية. وفي هذه المحاولة ستكتشف في نفسك بالإضافة إلى الرؤية الأكثر واقعية وبالتالي رؤية مفيدة دائماً بأنك تشعر بشكل أفضل.

مثال: تشعر ربة منزل بالانقباض والإهمال، لأنه منذ أسبوع لم تتصل بها أية من صديقاتها. وعندما فكرت بالأمر فطنت إلى أن سعاد في المشفى وربما مسافرة خارج المدينة وسوسن اتصلت بها فعلاً. لقد وضعت هذا التفسير البديل مكان الأفكار السلبية، وعندئذ شعرت بأنها أفضل. وسنعرض لمثال توضيحي حول تصحيح الأفكار:

الأفكار الآلية	التشوهات	أفكار واقعية مفيدة
مثال: أرسب دائماً بالامتحان	تعميمات عامة	أنا لا أرسب دائماً بالامتحان، إذا ما فكرت بكل الامتحانات التي نجحت فيها.
سوف ينظر إلي الجميع نظرة استغراب، وسخرية	قراءة أفكار الآخرين، توقعات خاطئة.	ربما يخيب أمل بعضهم بي ولكن العالم لن ينهار بسبب ذلك. ربما لا أكون أنا الوحيد يرسب بالامتحان.
إنني أحمق	تلقيب الذات	أتحكم بالأمور بشكل جيد وأنا لست غيباً.
أنا لا أفعل شيئاً صائباً أبداً	تعميمات	هراء! إنني أفعل أشياء كثيرة صائبة.

6.6.7- تقنية العمودين

سجل أفكارك الآلية كلها التي تحدث في موقف معين في العمود الأول. وسجل في العمود الثاني التفسيرات البديلة للأفكار الآلية في العمود المقابل. وهذا مثال أيضاً حول ذلك.

التفكير وفق مبدأ الكل أو لا شيء	البدائل الواقعية
إنه ليوم مرعب	لقد حدثت أشياء غير ملائمة، غير أنه لم تحدث كارثة.
لقد أفسدت الطبخة	ربما لا تكون الطبخة أطيب طبخة، غير أنه يمكن للإنسان أن يتناولها.
لا أحد يحبني	هراء! أمتلك أصدقاء وأقارب. ربما لا أحصل على الكثير من الحب بالشكل الذي أحب غير أنني سأحاول تغيير ذلك.
إنني إنسان فاشل	لقد نجحت في أشياء كثيرة، وفي بعضها الآخر لم أنجح، كما يحصل مع كل الناس.
الآن أصبحت معزولاً ومستبعداً	لم أعد أفعل أشياء كثيرة كما كنت دائماً، غير أنني ما أزال أستطيع فعل أشياء جديدة. هناك أشياء أخرى يمكنني الآن فعلها. فلماذا علي ألا أكون سعيداً.

7.6.7- تحمل الاعتراضات، التنشيط

يفترض كثير من المكتتبين أنهم لا يستطيعون فعل أي شيء إلا عندما يعود الدافع والحافز ثانية. غير أن هذا الافتراض خاطئ. فليس الدافع هو العامل الحاسم في هذا وإنما التصرف والفعل. والحكمة تقول "أعقل وتوكل" أو "على الإنسان أن يضخ الماء أولاً ومن ثم سوف ينساب الماء". إن الناس الذين يعتقدون أن يتعدل مزاجهم أو وضعهم أو أن يقوموا بأمر ما في يوم من الأيام، فإنهم يخسرون الكثير ويحافظون

على مزاجهم الاكتئابي. إنه لم الخطأ الاعتقاد بأنه لابد للدافع أو الحافز والاهتمام أن يتوفر في البداية. عادة ما يكون العكس تماماً.

الخطوة الأولى: تصرف

الخطوة الثانية: الحافز، الاهتمام

الخطوة الثالثة: تصرف أكثر

تستطيع مساعدة نفسك من خلال تحملك للاعتراضات الآلية والشكوك. وسوف يوضح المثال التالي المقصود

الاعتراضات الذهنية	التحمل
= عليّ فعلاً أن أدرس، غير أنني لست في مزاج للقراءة. = عليّ أن أنظف المنزل، ولكن ليس لي مزاج لذلك.	إذا ما بدأت فسوف أشعر بالرغبة في ذلك. إنه لشعور طيب أن أشعر أنني أنجزت شيئاً ما.
= ولكنني مقصر والمطلوب كثير وسوف لن أنتهي اليوم من المراجعة. = غير أن البيت متسخ جداً وسوف لن أنتهي منه.	= بمساعدة الملخصات لن أستغرق أبداً وقتاً طويلاً. أستطيع على الأقل أن أبدأ بفصل من الفصول. = بمساعدة المكنسة الكهربائية لن يستغرق ذلك وقتاً طويلاً.... سأبدأ بجزء من المنزل على الأقل.
= ولكنني تعبان.	= فلأبدأ على الأقل قبل أن أستريح.
= من الأفضل لي أن أستريح وأشاهد التلفزيون (أو أنام)	= طبعاً أستطيع فعل ذلك، ولكنني لن أشعر بالرضا.
= إنني تعبان	= هذا غير ممكن! سأبدأ الآن !

نأمل من خلال هذا المثال أن نكون قد قدمنا لك بعض الإرشادات التي تساعدك على فهم كيف يمكن للعلاج النفسي أن يجري وما الذي يحدث فيه.

ثانياً: الاضطرابات ثنائية القطب (الاضطراب الهوسي - الاكتئابي)

يشهد بعض الأشخاص الذين يعانون من اكتئاب عيادي كذلك أطوار من الحيوية أو النشاط أو الإثارة أو المزاج المرتفع تطلق عليها تسمية الهوس؛ وفي مثل هذه الحالات نتحدث عن الاضطراب ثنائي القطب. فأمزجة المعنيين تتأرجح بين "السعادة العامة" و "الكدر المميت". ويمكن للمعنيين أن ينهضوا صباحاً ويريدون الحديث مع شخص ما، إلا أنه يعترتهم فجأة ضغط للكلام ويصبحون مفرطي النشاط، بطاقة غير معقولة ودون حاجة للنوم. وفي الهوس يمكن لحكم الإنسان أن مشوهاً بالاتجاه الإيجابي كما هو الحال في الاكتئاب ولكن بالاتجاه السلبي. وكثير من الأشخاص في الطور الهوسي يبذرون المال أو يدخلون في مغامرات جنسية، أو يمتطون السيارة أو الطائرة ليجوبوا العالم. غير أنه يمكن لخبراتهم أن تكون في هذا الطور المفرط الإثارة مزعجة جداً (أنظر أعراض الهوس لاحقاً).

ولا يختلف اكتئاب الاضطراب الثنائي القطب عن اكتئاب الاضطراب أحادي القطب. إذ غالباً ما يمكن ملاحظة الأعراض الموصوفة في فقرة الاكتئاب اللانوعي. ويعتبر تشخيص الاضطراب ثنائي القطب مبرراً عندما يوجد نموذجاً من الهوس الخفيف أو الشديد في تبادل مع الاكتئاب. وكثير من الناس يعيشون سيطرة لطور من التطرف الاكتئابي على الآخر، مع انقلاب بين وقت وآخر إلى الاتجاه الآخر. وفي بالحالات النادرة فقط لا تحدث إلا أطوار هوسية.

وتطلق على الشكل الحاد والشديد تسمية اضطراب ثنائي القطب. وهو نادر إلى حد ما مقارنة بالاكتئاب الأساسي - في ألمانيا يعاني 1% تقريباً من السكان من هذا الشكل. أما الشكل الأخف والمزمن على الأغلب فتطلق عليه تسمية المزاج الدوري أو الاضطراب الدوري cyclothymia.

1- أعراض الهوس

تطلق تسمية الهوس عادة على حالة من الحيوية والحماس المتطرفين ومن المبالغة في الثقة بالنفس والتفاؤل والمزاج المرتفع والإثارة. وغالبية الأشخاص يمتلكون في هذه

المرحلة إحساساً مفرط الشدة ومتكلف (متسم بالمبالغة الحمقاء) grandiose بالذات. إنهم مسامرون متطرفون، حتى أنهم يبدون وكأنهم واقعون تحت ضغط شديد للكلام، وتتسارع أفكارهم قافزة من موضوع إلى آخر، وغالباً ما يسهل صرف انتباههم بسهولة. ويمكن لاحتياطات الطاقة التي تبدو وكأنها لا تنضب عند المهوسين مذهلة. إنهم يمارسون العمل أو النشاط الاجتماعي أو المدرسي الجنسي أو بطاقة مفرطة، ولا يحتاجون إلا إلى قليل من النوم.

غير أن ما يميز الحالات الهوسية هو فقدان السيطرة على الذات والتعفف ونقص القدرة على الحكم على عواقب تصرفاتهم الخاصة. وكثير من المعنيين يستثمرون مبالغ طائلة في مشاريع مهنية مبالغ بها، أو ينزلقون في هوس الشراء أو يدخلون في مغامرات جنسية خطيرة جداً وفاسقة أو سوء استخدام للعقاقير أو كليهما معاً أو يقومون بإهداء مدخراتهم.

غير أن الهوس يمكنه أن يكون مقيتاً جداً أيضاً. فغالباً ما يترافق مع حالات من الإثارة وقابلية للتوتر والغضب، وأحياناً في غياب الأعراض الهوسية الأخرى. ويحدث لدى بعض الناس تصورات هذيانية وهلاسية، الأمر الذي يصعب من تفريق الهوس عن الفصامات واضطراب الشخصية الزورقة. وكما هو الحال في الاكتئاب ينسجم محتوى الهذيان والأهلاس مع المزاج؛ وعليه يمكن أن يتهيأ لشخص ما بناء على مواهبه الخارقة أو الاستثنائية أن يصبح ضحية للاعتداءات. كما وأن الأشخاص المهوسين يمكن أن يميلوا للانتحار.

وعلى الرغم من أنهم لا يتعرفون على حالتهم المرضية فإن الأشخاص الذين يعانون من حالات هوسية بارزة غير قادرين على العمل أو على إقامة علاقات ولا بد من علاجهم داخلياً (أي مع الإقامة في المستشفى).

أما المس (أو الهوس المعتدل Hypomania) فهو حالة أقل تطرفاً من المزاج المنشرج جداً أو المرتفع غير المبرر. وفي الحالة الهوسية المعتدلة يشعر المعني بأنه في حالة خارقة (سوبر) وبالتالي فهو قادر على العمل بل ويكون ناجحاً بحق.

هل هناك مجموعات خطر بالنسبة للاضطرابات ثنائية القطب؟

يغلب أن ينشأ الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات ثنائية من المجموعات التالية:

= الرجال والنساء: على عكس الاكتئاب وحيد القطب يظهر الاضطراب ثنائي القطب لدى الرجال والنساء بالدرجة نفسها.

= الشباب: يغلب أن يظهر الاضطراب ثنائي القطب بشكل أبكر من الاكتئاب الصافي، في السن الواقعة بين 16-24 تقريباً.

= الأسر التي تعاني من اضطرابات انفعالية: لدى أكثر من 60% من الأشخاص الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب يعاني كذلك أقارب لهم من الاضطرابات الانفعالية.

= عندما يتناول الأشخاص الذين يظهر لديهم المس (المهوس المعتدل Hypomania) مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة: تشير نتائج الأبحاث والخبرات العيادية إلى أن ردة الفعل هذه يمكن أن تكون دليلاً على خطر الإصابة باضطراب ثنائي القطب.

2- الاضطراب ثنائي القطب

عادة ما يظهر الاضطراب بصورة مفاجئة، غير أنه يمكن أحياناً أن يتطور بصورة بطيئة. وعادة ما تكون أطوار الهوس التي تستمر بين أيام حتى الأسابيع، أقصر من أطوار الاكتئاب. ودون معالجة تصبح الأعراض أوضح وأكثر إرهاقاً. وبعض الناس يهوون من مزاج إلى آخر بشكل مباشر، في حين يمر آخرون بأطوار عادية من المزاج بين الأطوار المرضية. وبعض الأشخاص يظلون لسنوات دون انتكاس في حين أن بعضهم الآخر يعانون مراراً وتكراراً من الأطوار. وكما هو الحال في الاكتئاب تمرض نسبة من المعنيين باضطرابات مزاجية مزمنة.

3- أشكال أخرى من المجرى

يفرق بعض العياديون بين الاضطراب ثنائي القطب I والاضطراب ثنائي القطب II. ففي هذا الأخير يتبادل الاكتئاب الأساسي مع المس (الهوس المعتدل) فقط. وهناك شكل تطلق عليه تسمية "الدورة السريعة" حيث يتبدل المزاج مرات عدة في اليوم أو من أسبوع لآخر. وفي "الحالة المختلطة" توجد أعراض الاكتئاب والهوس مع بعضها في الوقت نفسه.

4- الاضطراب الدوري

يعتبر هذا الشكل الخفيف من الاضطراب ثنائي القطب تضرراً مزمناً ويتصف بأطوار من الهوس المعتدل وبالاكتئاب متوسط الشدة (كما هو الحال في اضطراب عسر المزاج)، حيث يغلب أن يظهر قطباً مزاجياً أكثر من غيره. ويندر للأشخاص الذين يعانون من هذا الاضطراب أن يظلوا دون أعراض لفترة طويلة. ويبدأ الاضطراب الدوري عادة بالتدرج في المراهقة المتأخرة وفي سن الرشد المبكر. وفي السابق كان يعد الاضطراب الدوري اضطراباً نادراً أما اليوم فهو كثير الملاحظة، وبشكل خاص لدى الأشخاص الذين يراجعون العيادات الطبية النفسية الخارجية.

وفي الطور الهوسي المعتدل يمكن للأشخاص الذين يعانون من اضطراب دوري أن يكونوا خارقى الإبداع ومنتجون. وبالفعل فقد أظهرت الدراسات عديدة أن الاضطرابات الوجدانية تظهر بين أصحاب المهن الإبداعية بشكل ملفت للنظر.

5- علاج الاضطراب ثنائي القطب

يغلب أن يستخدم الأطباء المعالجون الوسائل الجسدية (الأدوية) من أجل علاج الأطوار الحادة من الهوس والاكتئاب وتخفيض انتشارها ولمنع انتكاسها.

1.5- في أثناء الهوس الحاد

يمكن للهوس الحاد أن يتطلب علاجاً مركزياً، من أجل حماية المعني أو

الآخرين من اندفاعيته. ويعتبر الليثيوم الوسيلة المثلى لجعل المريض مستقراً. ويتطلب العلاج بالليثيوم مراقبة دقيقة جداً وفي حال أن المريض يعاني من أعراض ذهانية يعطى في العادة مضادات الذهان. كما وتستخدم الأدوية الحالة للتشنج كالكارباماتسيبين Carbamacepin في حال فشل الليثيوم.

كما ويؤثر العلاج التشنجي بالكهرباء في الهوس الحاد، غير أنه لا يتم استخدامه بالتوافق مع الليثيوم.

2.5- في أثناء الاكتئاب الحاد

يمكن لليثيوم أن يكون علاجاً ناجعاً جداً في الاكتئاب، الذي يظهر في الاضطراب ثنائي القطب. ويمكن وصف مضادات الاكتئاب بالإضافة لذلك.

3.5- مدة العلاج

يتم استخدام الليثيوم في العادة كعلاج طويل المدى. وهنا لا بد ضرورة المراقبة المناسبة من أجل اكتشاف التأثيرات الجانبية الممكنة ومن أجل التأكد من أن المريض يتناول الدواء أيضاً. كما ويمكن مواصلة استمرار مضادات الاكتئاب.

4.5- العلاج النفسي

تعود غالبية الأشخاص الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب إلى حالتهم الطبيعية بين الأطوار. بالمقابل فإن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب دوري يكونون دائماً في هذه الحالة أو تلك من المزاج. وفي كلتا الحالتين ينصح بالعلاج النفسي، من أجل مساعدة المعني من التعامل مع تأثيرات المرض على حياته، ومن أجل العمل على التغلب على الإرهاقات التي يمكن للأطوار أن تثيرها أو من أجل الوقوف إلى جانب الأشخاص الذين يعانون من صعوبات نفسية، عندما يكون المزاج متزعزعا. كما ويمكن لمجموعات الأقارب والمبادئ النظرية الأسرية أن تعطي كل الأقارب فرصة من أجل الاستعلام عن المرض والتعامل كأسرة بشكل أفضل معه.

إتباع التعليمات الطبية:

كيف يمكن للأقارب أن يساهموا في المساعدة

يستطيع كثير من الأشخاص الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب أن يسيطروا على اضطرابهم طالما يتناولون الدواء أو أن ينفذوا التعليمات والوظائف في حالة العلاج النفس. غير أنه بمجرد أن يتوقفوا عن ذلك يمكن للأعراض أن تعود. فإذا ما تم قطع الدواء باستمرار تكون العواقب على المريض وأقاربه قاسية، بل أحياناً وخيمة. فالأعراض تعود للظهور بمجرد أن ينتهي مفعول الدواء في الدم وتعود الأعراض الجانبية ثانية بمجرد أن يعود الجسد للتأقلم مع الدواء من جديد.

وليس هناك من سبب وحيد في العادة يدفع الأشخاص الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب - أو حتى أي مرض نفسي أو جسدي آخر - للتوقف عن إتباع البرنامج العلاجي. وعندما يشعر المريض بتحسن حالته بفضل الدواء فإنه قد يعتقد خاطئاً بأنه يمكنه أن يتخلى عن تناول الدواء.

وغالباً ما تكون القدرة على الحكم في الطور الهوسي متضررة وربما يرفض تناول الأدوية التي يمكنها أن تكبح حيويته وتهيئاته بالقدرات الخاصة.

وبالنسبة لبعض الأشخاص يحتل تناول الأدوية وظيفة رمزية مهمة: فمن يتناول دواء يعتبر مريضاً، ومن لا يتناول الدواء يعتبر سليماً. ومهما بدت هذه الرؤية خاطئة ومضللة - فمن خلال التوقف عن تناول الدواء يريد هؤلاء الأشخاص إعطاء الانطباع بأنهم يمتلكون الصحة الكاملة. غير أنه هناك أسباب جسدية أيضاً تدفع الشخص للتقرير بعدم تناول الدواء. فالليثيوم يمكنه أن يسبب أعراضاً جانبية كبيرة - فهو يمكنه أن يبطئ من ردود الأفعال أو يسبب اضطرابات في التفكير.

كيف يستطيع الأقارب المساعدة:

- = إن أفضل ما يمكن أن يفعله الإنسان كقريب هو السعي نحو طلب المساعدة المتخصصة. فالحالة الهوسية يمكنها أن تشكل حالة إسعاف طبية نفسية، تحتاج إلى التحويل المباشر إلى المستشفى من أجل حماية المريض. فلا تتأخر بالاتصال بطبيبك الخاص أو بالمستشفى.
- = عندما يعاني أحد أفراد الأسرة من اضطراب نفسي مزمن فإنه من المهم الحفاظ على علاقة طيبة مع معالج نفسي أو مركز معالجة أو كليهما معاً، من أجل أن تمتلك سندا تستطيع منه طلب المساعدة.
- = في حال اعترض المعني عن الاستمرار بتناول دواءه أو لا يريد إتباع التعليمات الطبية نظم عندئذ جلسة استرشاد أسرية -إما بالمشاركة مع الطبيب الذي وصف الدواء أو مع المعالج النفسي- من أجل الحديث حول المشكلات الناجمة عن الامتناع عن تناول الدواء بالنسبة للجميع.
- = وأحياناً يمكن من خلال استشارة طبيب نفسي أو معالج نفسي، غير مشارك في علاج المريض من استبيان فيما إذا كان الصراع بين المريض والطبيب الذي وصف الدواء هو السبب الكامن خلف قطع الدواء. ولكن علينا ألا ننسى أنه في النهاية يقع على عاتق الطبيب الذي وصف الدواء والمريض نفسه إزالة كل الصعوبات النفسية والجسدية والوصول إلى حل دوائي مقبول.
- = تذكر أنه ليس أنت من يعاني من المرض أو من التأثيرات الجانبية للدواء، وإنما الشخص الذي يتناول الدواء. فعلى المريض نفسه في النهاية أن يتأقلم مع المرض والدواء ويقرر فيما إذا كانت فوائد الأدوية الموصوفة له أشد من التأثيرات الجانبية المزعجة الأخرى. غير أنه عليك أن توضح للمريض أنك مع كل تفهمك عليك أن تتمسك بالتدخل المتخصص في حال أن المريض يشكل خطراً على نفسه أو الآخرين في حال امتناعه عن تناول الدواء.
- = لا تفقد الأمل والثقة. فعلى الرغم من أن المريض لا يتناول الدواء وفق التعليمات الطبية في الوقت الراهن، فإنه من الممكن أن يتعرف لاحقاً على أن العلاج الدائم ضروري وأن نوعية حياته تتحسن. وأحياناً لا يتقبل الأشخاص الذين يعانون من مرض شديد كالاضطراب ثنائي القطب تناول الدواء مدى العمر إلا بعد أن يشهدوا مراراً بأنهم لا يستطيعون العيش أصحاء دونها.

ثالثاً: العوامل المسببة للاضطرابات الوجدانية

ليس للاضطرابات الوجدانية سبباً وحيداً، وإنما هناك عدد كبير جداً من الأسباب التي يمكن تقسيمها إلى أسباب بيولوجية ونفسية اجتماعية. وكل سنة يتم اكتشاف أجزاء جديدة من هذه الأحجية المركبة. وما زالت الكيفية التي تتراكم فيها هذه الأقسام مع بعضها غير مبحوثة. وعلى الرغم من أنه على سبيل المثال يتم اكتشاف عوامل بيوكيماوية جديدة، التي تسهم في الاكتئاب، فإنه من غير الواضح فيما إذا كان الاكتئاب يسبب التغيرات البيوكيماوية أم أن هذه التغيرات الفيزيولوجية تسبب من جانبها التغيرات الجسدية والوجدانية، التي تترافق مع الاكتئاب. ويفترض العلماء في الوقت الراهن أن العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية تسبب الاضطرابات الوجدانية في تأثير متبادل. ويعتقد أن العوامل البيولوجية أكثر أهمية في الاضطراب ثنائي القطب مما هو الأمر عليه في الاضطراب الاكتئابي. وفيما يلي سنعرض لجزء من العوامل الكثيرة التي تسبب الاضطرابات الوجدانية أو يمكن أن تسهم فيها.

1- النواقل العصبية وعوامل بيوكيماوية أخرى

لقد تم اكتشاف مضادات الاكتئاب الأولى قبل أن يكون العلماء قد امتلكوا المعرفة اللازمة حول كيفية تأثيرها ولماذا تؤثر. وفي هذه الأثناء يعرف العلماء أن مضادات الاكتئاب تؤثر على تركيبة نظام النواقل العصبية في الدماغ. والنواقل العصبية هي المواد الكيماوية التي توصل الإشارات العصبية الكهربائية من خلية إلى أخرى وبالتالي توجه مشاعرنا وأفكارنا وأنماط سلوكنا. ويبدو أن التوازن المضطرب والنقص وفرط الإفراز للنواقل العصبية المختلفة، وبشكل خاص النوريبينفرين والسيروتونين تلعب دوراً في الاضطرابات الوجدانية. وتشارك هذه المواد في تنظيم المزاج كما وتنظم الجوع والدافع الجنسي والوظائف "الإعاشية" الأخرى، التي تتأثر بالاكتئاب. وترفع مضادات الاكتئاب من طرح النوريبينفرين والسيروتونين أو من الحساسية لهذه النواقل.

المساعدة الذاتية ضد الاكتئاب

يجعلنا الاكتئاب نشعر بعدم القيمة والفائدة وباليأس. ويسأل كثير من المكتئبين أنفسهم ما هي فائدة المحاولة إذا ما لن يتحسن أي شيء؟ غير أنه هناك أمور يمكنك فعلها من أجل أن تساعد نفسك بنفسك سواء في طور الاكتئاب الحاد أم حتى في حال معاناتك باكتئاب مزمن، أم عندما تشعر بالقنوط بين الحين والآخر.

= لا تأخذ اكتئابك على محمل الجد. عليك أن تدرك أن السلبية واليأس والاستسلام وتحميل الذات الذنب هي أعراض للاكتئاب وليست مقولات صحيحة عن كيف هي الحياة أو عن عنك أنت. قل لنفسك: "الاكتئاب بتكلم من داخلي الآن".

= ابق فاعلاً. عندما لا ينشغل ذهننا فإننا نميل إلى التعلق بأفكارنا الاكتئابية والجري وراءها. إنك تحتاج للانشغال والاهتمام بأشياء تلهيك.

= افعل ما تستطيع. ولا تتوقع أن تعود كما كنت قبل ظهور الاكتئاب. ولكن بدلاً من أن تعاقب نفسك على "تقصيرك"، كن جيداً مع نفسك وامدح نفسك بأنك ما زلت تفعل ما هو ممكن بالنسبة لك شخصياً.

= حارب ميلك نحو الانعزال والانسحاب. حاول أن تكون مع الآخرين ولو لوقت قصير. وهنا قد يكون من الأفضل لك أن تجلس مع أناس كانوا مكتئبين في السابق وتحدث معهم.

= قم بالحركة. على الرغم من أنه قد لا تكون ترغب بذلك فإنك سوف تستنتج أنه ستشعر بعد عدة تمارين تتدرج بين الخفيفة حتى المتوسطة من اللياقة البدنية (تمارين القدمين البسيطة والمشي وتمارين الإيروبيك) بأنك أفضل. وقد يبدو التأثير عابراً غير أن كل تحسن بسيط مفيد.

= تعرف على العلامات. فإذا كنت تعاني من الاكتئاب فتعلم عندئذ التعرف على أعراض الأطوار المتوقعة. اتصل بطبيبك، قبل أن يهجم الطور كاملاً.

= اصبر... ليس هناك من إنسان يستطيع التخلص من اكتئابه بين ليلة وضحاها. وفي حال كنت في العلاج فامنح العلاج فرصة ليظهر تأثيره. وفي حال كنت تصارع مع القنوط فافعل عندئذ ما تستطيع من أجل أن تساعد نفسك وقل لنفسك بأن انحطاط المزاج سيكون عابراً. ولكن إذا ما لم يكون عابراً أو عندما يتكرر التعكر الاكتئابي مراراً.....

= ...عندئذ اسع لطلب المساعدة

كيف يستطيع الإنسان أن يساعد المكتئبين

يمكن للعيش مع شخص مكتئب أن يكون مرهقاً جداً. فسليته وتعبه وتوتره وقابليته للإثارة وشكاواه الجسمية ويأسه وفقدان الاهتمام والقدرة على الاهتمام بالنشاطات المألوفة، كل هذه الأمور يمكنها أن تجعل من حياتك تعيسة.

وهذه بعض الإرشادات حول الكيفية التي يمكنك بها مساعدة نفسك أو الآخرين:

= شجع المعني على طلب المساعدة. وضح للشخص الذي يعتقد أن اكتئابه ناجم عن خلل في شخصيته أو طبعه أو أن اكتئابه بسبب ذنبه بأن الاكتئاب عبارة عن مرض قابل للعلاج. وفي حال أن امتنع المعني عن اللجوء للعلاج وكانت حياتك الأسرية متضررة من ذلك، عندئذ قم بالإصرار على ذلك في حالة الضرورة.

= إذا كان المعني معرض لخطر الانتحار، عندئذ قم بنفسك بتأمين العلاج له. كن مرهف الحس بالنسبة للتهديدات المباشرة أم المتخفية وانتبه للسلوك الملفت للنظر أو الغريب. وفي حال كان المتعالج في العلاج فاتصل بالطبيب. ويتعرض الفصل 25 لإرشادات ملموسة حول الكيفية التي يمكننا فيها التعرف على سلوك الانتحار والتعامل مع الشخص المعرض لخطر الانتحار.

- = لا تتهم المعني. فعلى الرغم من أنه يبدو عند الأشخاص المكتئبين أنه تعوزهم الإرادة لأن يصبحوا أصحاء، إلا أن ذلك عرض من أعراض الاكتئاب. أعط الذنب للمرض وليس للمعني.
- = أبد الكثير من المساعدة والصبر والدعم بقدر ما تستطيع. حاول أن تضع نفسك مكان المكتئب وأن تحس بإحساسه. لا تتوقع من المعني أن يكون قادراً على أن "يتحكم بالأمر".
- = حاول أن تؤثر على السلبية بصورة معاكسة، دون أن تحكم على المعني. فعندما يقول شخص مكتئب مثلاً: "لا فائدة سوف لن أكون قادراً على إيجاد عمل آخر"، أجبه عندئذ: "من الطبيعي أن تشعر هذه المشاعر، عندما تكون مكتئباً. لننتظر كيف ستفكر بالأمر عندما يمضي كل هذا".
- = شجع الشخص على الخروج أو القيام بأشياء معك أو مع الآخرين. إن الإلهاء أو صرف الانتباه عن الأفكار والتأملات الاكتئابية مهم جداً. وحتى عندما لا يستطيع المعني تحمل وجوده بين الآخرين طويلاً، إلا أن كل خطوة صغيرة تساعد.
- = لا تتهم نفسك، عندما يصبح شخصاً ما يهمل أمره كثيراً مكتئباً. إذ أنك قد تشعر عندئذ بالحزن والغضب والإحباط. فمن أجل مساعدة المكتئب عليك أن تتفهم وتتقبل بأنك تمتلك هذه المشاعر أو تحس بها وعليك أن تتجنب أن تتصرف بشكل غير مناسب. ولكن لا تحمل المكتئب الذنب بأنك تشعر هذه المشاعر.
- = ابحث عن الدعم. وحاول أن تنظم مجموعات من المساعدة الذاتية من أجل تبادل الخبرات والنصائح مع الأقارب. اسأل طبيبك أو معالجك النفسي عن ذلك.

2- الهرمونات

هناك عدد كبير من الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب الأساسي تظهر لديهم تغيرات في إنتاج وتنظيم هرمونات عدة بما في ذلك المواد المنتجة في الكظر والتي يتم إفرازها في الإجهاد. بالإضافة إلى ذلك يبدو في الشكل الموسمي للاضطرابات الانفعالية وجود خلل في تنظيم الميلاتونين. والميلاتونين عبارة عن هرمون يتم إنتاجه في الغدة الصنوبرية في الدماغ. ويتم كبح إفرازه في الضوء. وفي هذه الحال يكون العلاج بالضوء مفيداً.

وربما ليس لهذه المشكلات الهرمونية المرتبطة مع الاكتئاب أو التي تثيره علاقة كبيرة بالغدد التي تنتج هذه الهرمونات وإنما مع آليات الربط الإرجاعي بينها وبين الدماغ.

3- النوم والساعة البيولوجية

كما هو الحال في كثير من الاضطرابات الهرمونية التي تظهر في الاكتئاب بما في ذلك الاكتئاب المرتبط بالمواسم، يعتقد كذلك أنه ربما تكون دورات فيزيولوجية أخرى منحرفة. وعليه يلاحظ وجود اضطرابات النوم في غالبية أشكال الاكتئاب، كما ويلاحظ وجود تغيير في التعاقب الزمني لأطوار النوم العادية لدى كثير من مرضى الاكتئاب. كما أظهرت دراسات النوم المخبرية أن من أكثر الأشياء لفتاً للنظر، أن العدد الأكبر من الأشخاص المكتئبين عيادياً يدخلون في طور نوم الحلم أو نوم حركات العين السريعة RME أسرع بكثير Rapid Eye Movements مما هو مألوف ويظهرون أطواراً من نوم حركات العين السريعة في الساعة الأولى أكثر من الأطوار التي تحدث قرب الصباح، كما هو الحال في المجري المألوف. عدا عن ذلك فإنهم نادراً ما يصلون إلى مرحلة النوم الأعمق المنعشة. ويبدو أن اضطرابات النوم والتغيرات في توازن الهرمونات يرتبطان بالاضطراب نفسه للساعة البيولوجية.

إعادة ضبط الساعة البيولوجية من خلال مناورات النوم

الطريقة المضمونة للتخلص من أعراض الاكتئاب الوخيمة ولو لفترة عابرة هي البقاء طوال الليل يقظاً ، وعدم النوم في النصف الأول من الليل أو النوم فقط في النصف الأول منه فقط. وللأسف فإن الأعراض تعود للظهور بعد النوم. والطريقة الأخرى هي النوم قبل أربع حتى ست ساعات من الموعد المعتاد للنوم. وهذه الطريقة مفيدة لإعادة ضبط الساعة البيولوجية بصورة مؤقتة. ويتمكن بعض الناس بهذه الطريقة من التخلص من الطور الاكتئابي. وعلى الرغم من أن الأعراض قد تعود بعد أسابيع عدة ثانية إلا أنه حتى ذلك الوقت يكون تأثير مضادات الاكتئاب أو العلاج النفسي قد أصبح ملحوظاً.

4- العوامل الوراثية والأسرية

هناك دلائل قوية تؤيد أن الاستعداد للإصابة بالاضطرابات الوجدانية محدد وراثياً. فقد أظهرت دراسات التوائم أنه لدى التوائم السيامية (من بويضة واحدة)، اللذين يعاني واحد منهم من اضطراب جداني، يعاني في 70% من الحالات التوأم الثاني من اضطراب وجداني. ويمكن استنتاج هذه النسبة لدى التوائم السيامية حتى عندما تتم تربية كل منهما منفصلاً عن الآخر. فالتوائم السيامية يمتلكون الجينات نفسها. أما التوائم غير السيامية (من بويضتين مختلفتين) الذين يمتلكون نصف الجينات المشتركة فقط يعانون بنسبة واقعة بين 15-20% من الاضطراب الوجداني نفسه. كما واستنتج الباحثون أن نسبة الارتباط الاكتئاب الحاصل لدى الأطفال المتبنون بالاضطرابات الوجدانية لوالديهم البيولوجيين (الحقيقيين) أعلى بكثير من الارتباط بالوالدين المتبنين.

وفي الاضطرابات ثنائية القطب يمكن استنتاج وجود نسبة مرتفعة من النقل الوراثي أكثر من الاضطراب أحادي القطب. ولكن يمكن للاضطراب الاكتئابي وكذلك الاضطراب ثنائي القطب أن يتم توريثهما في الأسرة نفسها.

5- العوامل النفسية الاجتماعية

يعتبر الإرهاق والأدوار الاجتماعية والخبرات الطفولية المبكرة والفقر والاستعداد الفردي غيض من فيض من العوامل النفسية الاجتماعية الكثيرة، التي تسهم في نشوء الاضطرابات الوجدانية أو تثير أطوار هذا الاضطراب.

فكل صعوبة أو إرهاق مستمر وبشكل خاص بالترابط مع فقدان أو الخسارة، يمكن أن يثير الاكتئاب أو الهوس. ففقدان علاقة ما أو المحبوب أو العمل تحتل المركز الأول في هذه القائمة. وبعض الناس يستجيبون، ربما على أساس خبراتهم الطفولية المبكرة، بشكل حساس جداً لفقدان وبالتالي يكونون مهيين للاكتئاب.

وهناك بعض الدلائل التي تشير إلى أن الاكتئاب يظهر في الطبقة الاقتصادية - الاجتماعية الأدنى أكثر، الأمر الذي يدفع إلى التخمين بأن ظروف الحياة السيئة وتقص الفرص وعدم تكافؤها يسهم في نشوء الاكتئاب. كما وسيمكن للنقص في البدائل الحياتية المستقبلية والتعلق الشديد بشريك الحياة أن يفسر الاستعداد المرتفع عند النساء، وبشكل خاص عند النساء المتزوجات للإصابة بالاكتئاب. ومن الناحية الاجتماعية فإنه تتم تربية النساء على سمات الشخصية التي ترتبط بعلاقة مع الاكتئاب كالسلبية والتعلقية. وعندما لا يمتلك الناس السيطرة على خبراتهم وظروفهم فإنه يمكن حينئذ للاكتئاب أن يكون نتيجة لظاهرة تطلق عليها تسمية اليأس المتعلم (قلة الحيلة المكتسبة).

صفحة زوجية فارغة

يوضع بدلا عنها صفحة بيضاء عند الطباعة النهائية.

الفصل الثالث

الفصام

يقدر عدد الذين يمرضون بالفصام سنوياً في كل بلد من بلدان العالم 1% من السكان. وتظهر لدى المعنيين مجموعة من الأعراض يمكن أن تكون وخيمة بالنسبة للمعنيين أو لأقاربهم وأصدقائهم. ومن الممكن أن يبتلوا بالأهلاس والتصورات الهذيانية. ويمكنهم أن يعبروا عن أفكار شاذة أو غريبة. ويمكن أن يصعب عليهم التعامل مع أبسط الإرهاقات اليومية والتغيرات غير المهمة في محيطهم كاستخدام بشكير آخر أو مع صوت صرير الباب. وكثير من المعنيين يتجنبون الاتصالات الاجتماعية ويهملون نظافتهم الشخصية ويتصرفون بطريقة غريبة بل ومهددة.

وتوجد في المحيط كثير من التصورات الخاطئة حول هذا المرض . فكثير من الناس يعتقدون أن للفصام علاقة "بالشخصية المنقسمة" أو على علاقة مع ما يسميه الأطباء النفسيون بالشخصية "المتعددة".

على الرغم من أن كلمة "فصام" مشتقة بالفعل من الكلمة اليونانية شيزو "Schizo" وتعني "انقسام"، إلا أن كلمة "فرينيا" "Phrenia" تستند إلى الحجاب الحاجز الذي كان الإنسان في القديم يعتبره مكان عقل الإنسان وروحه. وعندما وضع الأطباء النفسيون الأوروبيون مصطلح الفصام Schizophrenia قصدوا بذلك تهدم أو انهيار الوظائف النفسية الأساسية.

ويعتقد بأن الفصام من أصعب الأمراض النفسية الملاحظة على العلاج. فإلى جانب الاضطراب نفسه على المرضى وأقاربهم أن يكافحوا ضد الوصمة الاجتماعية المثقل بها هذا المرض.

ومازال لا يوجد حتى الآن شفاء كامل للفصام. غير أن الصورة لم تعد قائمة كما قد يبدو. فالتقدم المستمر فيما يتعلق بفهمنا لأسباب الفصام وبيولوجيته ووراثته وعلاجه تمنحنا سبباً للأمل. فهناك اليوم كثير من الرجال والنساء الذين عولجوا بنجاح ويعيشون حياة منتجة من جديد.

1- الأعراض

الفصام عبارة عن شكل معين من الذهان. ويشتمل المفهوم على تضررات نفسية شديدة مختلفة، التي تكون عاقبتها فقدان ضبط الواقع واضطرابات وخيمة في الشخصية. وأفضل طريقة لوصف هذا المرض من خلال خليط من الخاصة أو النوعية، يمكن تصنيفها عادة في أربع فئات: اضطرابات التفكير الشككية واضطرابات الإدراك والاضطرابات الانفعالية واضطرابات السلوك.

1.1- الاضطرابات الشككية للتفكير

يعبر الأشخاص الذين يعانون من الفصام عن أفكار غير معقولة وغير واقعية. وفي كثير من الحالات يصعب بسبب عدم انتظام التفكير من تتبع شروحاتهم. وتبدو جملهم غير مترابطة. وتقفز الأفكار دون منطق واضح من موضوع لآخر. وفي حالات أخرى يقول الفصاميون عن أنفسهم بأنهم لم يعودوا يمتلكون أفكاراً على الإطلاق أو أنهم يشعرون أن رأسهم "فارغ". وتعتبر علامات مثل هذا النوع من عمليات التفكير غير المنتظمة المفتاح للتشخيص الصحيح للفصام أكثر من أي عرض آخر.

وكثير من الذين يمرضون بالفصام يشعرون بامتلاكهم لقوى خارقة كالنظرة الشعاعية، ولقوة غير بشرية وبأنهم يمتلكون معرفة عظيمة. وبعضهم يعتقد أن الآخرون يسيطرون على أفكاره، ويتم بثها له عبر الأثير أو قد زرعت في دماغه بطريقة من الطرق. وعندما تستمر مثل هذه الأفكار وتظهر مراراً وتكراراً ويتم التمسك بها على الرغم من المعطيات والبراهين الواقعية فإننا نتحدث عندئذ عن تصورات هذيانية.

2.1- اضطرابات الإدراك

غالباً ما يذكر الذين يعانون من الفصام عن إحساسهم بخبرات حسية خارقة، وبشكل خاص عندما يكون المرض في طور حاد. وأكثر ما تظهر هذه الخداعات الحسية على شكل هلاوس سمعية، أي أنه يتم سماع أصوات أو ضجيج غير موجود في الواقع. ويمكن أحياناً أن يسمعوها صوتاً أو اثنين (وأحياناً أكثر) تقوم بالتعليق على سلوك المعني. ويمكن لهذه الأصوات أن تكون غير معروفة بالنسبة للمعنيين أو يعتبرونها صوت الله أو الشيطان أو صديق أو قريب.

وعندما يعطي الصوت أوامر للتصرف بطريقة معينة أو بتنفيذ تصرفات خاصة فإننا نتحدث حينئذ عن هلوسات أمرية imperative Hallucinations. ومثل هذه الأوامر يمكن أن تكون خطيرة جداً سواء على المعني أو على الآخرين، على نحو عندما يأمر الصوت "أقفز من النافذة" أو "دمر أسرتك". وحتى عندما لا تكون الهلوسات خطيرة جداً يمكنها أن تكون مرعبة بالنسبة للمعني. فمثلاً يمكن أن يسمع أب فصامي أو أم فصامية بأنه يتم الاعتداء على طفله أو طفلها أو أنه يصرخ طالباً النجدة، في حين أن فصامي آخر يشعر أن صوت زوجته المتوفاة يلاحقه ساخراً باستمرار.

3.1- الاضطرابات الانفعالية\الوجدانية

يغلب ألا تثير الأحداث التي تجعل المعنيين بها في سعادة في العادة أو حزانى - كالزواج أو المآتم مثلاً - عند الفصاميين أية ردود أفعال انفعالية خارجية واضحة. إذ يظل مزاجهم وتعابير وجههم دون تغيير، دون اهتمام بما يحدث من حولهم. وتطلق على ردود الأفعال هذه تسمية سطحية الوجدان ويمكنها أن تكون إلى جانب أعراض اضطرابات التفكير من أهم الأعراض المميزة للفصام. وعلى الرغم من أن بعض المعنيين يعبرون عن مشاعر ما ولكن في اللحظة غير المناسبة. فقد يضحكون حول خبر سيئ أو يغضبون دون سبب واضح أو يستجيبون بتعكر لأحداث قد تجعل الآخرين سعداء.

وغالباً ما تقود الاضطرابات الانفعالية إلى الانسحاب الاجتماعي. فالأشخاص

الذين يعانون من الفصام غالباً ما يتجنبون الاتصال بأصدقائهم ويفقدون الاهتمام بالحياة اليومية وأحداثها.

4.1- الاضطرابات السلوكية

تظهر في بعض الأحيان حركات نمطية متكررة ملفتة للنظر لدى الفصاميين. فقد يأرجح المعني رجله طوال النهار أو يهز رأسه باستمرار. ويشكل السلوك الجمودي عرضاً آخر من الأعراض. إذ قد يجمد المعني في وضعية واحدة ولا يكون قادراً على الطعام أو الكلام.

كما ويمكن للفصاميين أن يكونوا عدوانيين، الأمر الذي قد يجعلهم خطيرين أحياناً على الآخرين. وآخرون يتصرفون بشكل فضولي ملحاح ويحشرون أنوفهم في حياة الآخرين في محيطهم. وحتى وإن بدا أحياناً وجود خطر من الفصاميين، فإن غالبيتهم لا تقصد الشر لأحد، وإنما تفضل الاحتفاظ به لنفسها. والاعتقاد الشائع لدى الناس بخطورة الفصاميين هو اعتقاد خاطئ. ففي دراسة متعلقة بالموضع لم يظهر أن الفصاميين يميلون للعنف أكثر من الأشخاص الذين لا يعانون من مرض نفسي.

وإلى جانب الأعراض النوعية هناك أعراض وسمات يشترك فيها الفصاميون مع بعضهم. وهذه الأعراض يمكنها أن تساعد الطبيب على تشخيص المرض. فالأشخاص الذين يعانون من الفصام يتميزون عن الناس الآخرين من خلال السمات التالية:

- = انخفاض نسبة الزيجات التي تستمر طويلاً (أي أنها يكثر أن تنتهي بالطلاق).
- = تكرار مرتفع للمشكلات المدرسية.
- = عدم استقرار مرتفع لظروف العمل.
- = نسبة مرتفعة من محاولات الانتحار.
- = يتراوح سن العدد الأكبر من المعنيين في بداية الذهان بين المراهقة حتى أواسط العشرين.

= عانى كثير منهم من صعوبات في استيفاء الشروط اللازمة للإنجاز عندما كانوا تلاميذ.

= يلفتون النظر في المهنة من خلال تكرار الغياب عن العمل وضعف المردود.

= تكرر ظهور أسلوب في الحديث ووجهات نظر غير مألوفة ولكن ليس بالضرورة أن تكون غريبة أو شاذة في الطفولة. بالإضافة إلى ذلك كان الأطفال معزولين وغير محبوبين.

وعادة ما لا تظهر عند المريض الفرد كل هذه الأعراض المميزة للمرض مجتمعة أو يمكن تصنيفه في فئة من الفئات الموصوفة. فقد يعاني أحدهم من أهلاس بصرية فقط ويفصحون عن مشاعر غير مناسبة أو ليست في محلها، في حين أن آخر ينسحب ويعاني من تصورات هذيانية.

كما وتختلف الأعراض نفسها. فقد يبدو مريض ما غير قادر في لحظة ما على الكلام وفي لحظة أخرى يجري محادثة طويل بل وطبيعي إلى حد ما أيضاً. وقد يكون أحدهم مثاراً في الصباح ويصبح هادئاً في الظهيرة ليتوتر ثانية في المساء.

2- التشخيص

قد لا يكون هناك فرق واضح في غالبية الأعراض وبشكل خاص اضطرابات التفكير بين "السواء" و"الشذوذ". وطبعاً بإمكاننا أن نستنتج أنه عندما يكون شخص ما مقتنعاً أنه المهدي المنتظر ويطلب من الآخرين التقديس باعتباره المنقذ، أن هذه الأفكار غير طبيعية أو شاذة. إلا أنه عندما يدعي أحدهم أن "مصلحة الضرائب تراقبه" أو "أن الأمن يلاحقه" أو "أنهم كانوا في المدرسة يتقصّدونه" فقد تتضمن هذه الادعاءات حقيقة واقعية. ومن هنا لا بد للطبيب أن يحل بدقة كبيرة الدرجة التي تنحرف فيها الأفكار عن الواقع القابل للبرهان، قبل أن يتم طرح التشخيص "فصام". ومن أجل هذا التشخيص قد يكون من اللازم اختبار فيما إذا كانت مصلحة الضرائب تراقبه وتريد تدميره بضربة كبيرة، أو فيما إذا كان الأمن يراقبه لأسباب معينة أو فيما إذا كان رفاقه في المدرسة يتربصون له ويتقصّدونه

بالفعل. وحتى إن ظهر أن فكرة ما زوريه، فهذه لا تبرر وحدها تشخيص الفصام. فالتشخيص يتعلق بمجموعة واسعة من الأعراض التي استنتجها المتخصص. وفي حال ظهور أعراض كافية وواضحة وكافية وتمت ملاحظتها لفترة طويلة، وتم استبعاد وجود أمراض وحالات أخرى عندئذ قد يمكننا إطلاق تشخيص الفصام. غير أن التعرف على هذه الأعراض لا يمثل الخطوة الوحيدة في التشخيص من أجل التوصل إلى التشخيص. إذ على الطبيب أن يستبعد مجموعة كبيرة من إمكانات المرض كسوء استخدام العقاقير مثلاً. وعليه الحصول على معلومات من مصادر متنوعة وليس من المريض وحده من أجل أن يتمكن من القرار فيما إذا كان الفصام موجوداً أم لا.

ويوجد مجموعة من الاضطرابات والأمراض يمكن أن تسبب أعراضاً شبيهة بأعراض الفصام:

= سوء استخدام العقاقير: إن الاستهلاك المزمن للكوكايين والأمفيتامينات و Phencyclidine الذي يرمز له اختصاراً PCP⁽¹⁾ أو غيره من العقاقير غير القانونية يمكنه أن يسبب أعراضاً تشبه في كثير من وجوها أعراض الفصامات. وحتى الاستخدام قصير الأمد للعقاقير يمكنه أن يسبب مثل هذه الأعراض وبشكل خاص في العقاقير الشديدة مثل كالكراك "Crack" الذي هو عبارة عن الشكل الصافي جداً من الكوكايين.

وتشكل فحوصات استهلاك العقاقير جزءاً مهماً جداً من العملية التشخيصية لدى الأشخاص الذين يمكن أن يعانون من الفصامات.

(1) PCP (Phencyclidin) طور كمادة مخدرة في العمليات الجراحية إلا أنه لم يعد يستخدم بسبب تأثيراته الجانبية. ويستخدم منذ ذلك الحين بشكل غير قانوني في سوق المخدرات. ويقود في جرعات بسيطة إلى هلاوس وتصورات هذيانية، وفي الجرعات الأعلى إلى فقدان الوعي ونوبات وتوقف التنفس حتى تعطل القلب والرئتين. ويقود عند الاستخدام الدائم إلى أعمال عنف وسلوك فصامي واضطرابات نفسية دائمة. ويمكن أن تظهر تشوهات في الإدراك وضياح (فقدان التوجه) حتى بعد سنوات من التوقف عن تعاطي هذا العقار.

= الإصابات والأمراض الجسدية: يمكن للرضوض الدماغية الناجمة عن إصابات في الجمجمة أن تسبب أعراضاً شبيهة بأعراض الفصام. والشئ نفسه ينطبق على السرطانات الدماغية والأضرار الميكانيكية أو الكيماوية للشبكة العصبية في الدماغ. فعند الشك بوجود فصام لابد دائماً من إجراء فحص جسدي وعصبي دقيق.

= السلوك الشاذ أو الغريب: إن ما يبدو لبعض الناس على أنه اضطراب في السلوك يمكن أن يكون في الواقع نزعة غريبة لا أهمية لها. فمجرد أن "تكلم" العمة ازدهار مثلاً زوجها المتوفى أو مجرد كون العم محمود يعيش منعزلاً وزاهداً ويضحك لا يشير بالضرورة إلى أنهما فصاميان. والواقع والكتب مليئين بشخصيات يشكك فيها الآخرون أو يستغربونها. فالصناعي الذي يبيع معمله ويهب الملايين لطائفة دينية ما قد لا يحظى باحترام وإعجاب زملائه، غير أنه ليس بالضرورة أن يعاني من مرض عقلي.

فكثيراً ما يبدو السلوك الإنساني "غريب الأطوار". ومن طبيعة الناس أن تكون تفضيلات أو أولويات معينة وتصدر عنهم سمات شخصية مختلفة. فعلى الطبيب أو المعالج النفسي الذي يواجه بحالة ممكنة من الفصام أن يأخذ بعين الاعتبار إمكانية أنه من الممكن جداً أن يكون المريض سليماً، على الرغم من أنه يتصرف بطريقة غير مألوفة في مجتمعنا وتتناقض مع توقعاتنا.

اضطرابات نفسية ووجدانية أخرى: هناك مجموعة كبيرة من الاضطرابات النفسية يمكنها أن تسبب بعض الأعراض فصامية، من ضمنها ذهان الكوكابين) والاضطراب الهوسي الاكتئابي والذهان الحاد العابر (الأطوار الذهانية)، التي تظهر نتيجة للإرهاقات الشديدة. وعادة ما لا يتم طرح تشخيص الفصام إلا عندما تستمر الأعراض "الشديدة" النموذجية لهذا المرض لسته أشهر على الأقل. ويتيح هذا الإطار الزمني للطبيب أن يستبعد على سبيل المثال إمكانية أن يكون المعني قد عاني من صدمة انفعالية شديدة سببت له طوراً ذهانياً يمكن أن يزول من تلقاء نفسه.

3- الأشكال الإكلينيكية من الفصام

1.3- الفصام المزمن

في إطار التشخيص التفريقي الذي يتم ضمنه استبعاد وجود أسباب أخرى ممكنة للأعراض يتحرى الطبيب تاريخ الأعراض من أجل الاقتراب بشكل أكثر دقة من التشخيص.

فأحياناً تظهر علامات واضحة للفصام للمرة الأولى في المراهقة وتزداد سوءاً في السنوات اللاحقة ببطء ولكن باستمرار. وغالباً نسبياً ما ينتهي مثل هذا المجرى بالفصام المزمن. ومن ضمان الأشكال الأخرى الفرعية للفصام فإن هذا الشكل يمتلك التنبؤ الأسوأ. إذ يمكن للانسحاب الاجتماعي أو الأعمال غير القانونية أو الصعوبات المدرسية أن تظهر بشكل مبكر، ربما منذ الطفولة. وهنا غالباً ما يتم إهمال الوقاية الشخصية بدرجة كبيرة. وفي الوقت نفسه يمكن أن يلاحظ فقدان للاهتمام بأحداث الحياة المدرسية والمناسبات الأسرية. غير أنه في الأطوار البدئية بشكل خاص يمكن أن يمر اليافعون بأطوار من السلوك الطبيعي تقريباً.

ويغلب للأهل والأصدقاء والأقارب أن يقيموا أنماط السلوك المشكل في بداية ظهورها على أنها صعوبات طبيعية أو مألوفة يمر فيها اليافع. وهنا من المهم أن نؤكد على أن غالبية اليافعين الذين يعانون من مشكلات كالانسحاب الاجتماعي أو الصعوبات المدرسية، لا تعني أبداً أن اليافع سوف يعاني من الفصام على الإطلاق. ولكن عندما يبدأ ظهور أعراض أكثر جدية على نحو أنماط التفكير أو التصرفات الشاذة بالفعل، فربما ينبغي عندئذ إعادة تفسير أنماط السلوك هذه من جديد على أنها الدلائل الأولى للفصام.

2.3- الفصام الذي يبدأ في سن الرشد

في حالات أخرى يظهر الفصام بشكل مفاجئ وفي سن متقدمة ويصل إلى ذروته بسرعة كبيرة. ويظهر هذا الشكل من الفصام الذي يبدأ في سن الرشد بين حوالي

سن العشرين حتى بداية الثلاثين لدى النساء أكثر من الرجال، وغالباً ما يكون أقل صعوبة في العلاج من الفصام الذي يبدأ في المراهقة.

3.3- أشكال فرعية أخرى من الفصام

والى جانب التفريق على أساس زمن نشوء الاضطراب وسرعة التفاقم يتم تصنيف المرض على أساس سماته الرئيسية. وعليه يمثل النمط الزوري شكلاً تسود فيه أعراض هذيانية حول التعقب والملاحقة أو العظمة (أي التصورات بأن الآخرين يحاولون إلحاق الأذى بالشخص أو أنه يمتلك كفاءات أو مهارات عظيمة). أما في النمط الجمودي فيتم التفريق بين شكلين فرعيين:

= الجمود الذهولي أو السباتي: ومن أعراضه الرئيسية غياب أو نقص الحركات العفوية وأطوار طويلة من السبات أو الذهول (فقدان الإثارة الجسدية الكاملة والجمود الذهني).

= الجمود المثار: الذي يتميز بحالات شديدة من الإثارة.

وعندما تغطي الأعراض بعضها بعضاً فإننا نتحدث إذاً عن نمط غير متميز من الفصام.

ويساعد تقسيم المرض إلى فئات الأطباء في التنبؤ بالمجرى ووضع برامج معالجة فردية خاصة بكل مريض على حدة. غير أنه لا توجد فروق واضحة في الأسباب، التي تقود إلى هذا النوع أو ذاك من الفصام. كما وأن الإنسان غير قادر في الطور البدئي من الفصام غير قادر على التنبؤ بالنمط الذي سيتشكل من وراءه. بالإضافة إلى أنه يمكن عند مريض ما أن تقود أعراضه البدئية - إلى فصام زوري مثلاً وفي وقت لاحق تسيطر أعراض الجمود.

وبعض الباحثين يصنفون المرضى إلى مرضى النمط I ومرضى النمط II وذلك حسب فيما إذا كانت أعراضهم "إيجابية" بشكل غالب (أي تظهر أعراض إضافية كثيرة) أو "سلبية" (أي تتألف الأعراض من الانسحاب والتقييد). غير أنه يصعب جداً اعتبار أعراض ما إيجابية. وفي الواقع ليس المقصود بهذا المفهوم مظاهر مفرحة من

الفصام، بل أن المقصود بمصطلح "إيجابي" تلك الأعراض المرتبطة بعناصر ذهانية من التفكير وإدراك كالهذيان والهلاوس. وبالمقابل يقصد "بالسلبية" الانسحاب الانفعالي الذي يلاحظ لدى غالبية الأشخاص الذين يعانون من هذا الاضطراب وغياب اهتمامهم الواضح بمحيطهم.

وقد يبدو ذلك تفريق فائض لمرض معقد جداً بالأصل. غير أن بعض المتخصصين يعتقدون أن الأعراض من النمط I و II لها أسباب مختلفة ولهذا ينبغي علاجها بصورة مختلفة. ووفقاً لهذه النظرية فإن الأعراض (الإيجابية) من النمط I نتيجة لفرط إفراز الناقل العصبي الدوبامين، في حين أن الأعراض (السلبية) من النمط II يمكن أن تكون نتيجة لتضرر دماغي تصاعدي، كما أظهرت دراسة شذوذات البنى الدماغية. وبالتالي ووفقاً لهذه النظرية فإنه يمكن للأعراض الإيجابية أن تستجيب للأدوية المستخدمة في العادة لمعالجة الفصام بشكل أفضل في حين أن الأعراض السلبية يصعب معالجتها بغالبية الأدوية المتوفرة اليوم لمعالجة الفصام.

4- العوامل والأسباب - أحجار النسيء

حاول العلماء من خلال عدد كبير من النظريات أيجاد إجابة عن السؤال لماذا يمرض بعض الأشخاص بهذه المعاناة ولا يمرض آخرون. وخلال البحث عن سبب وحيد أو عدة أسباب للفصام قامت أبحاث دقيقة طوال سنين من جهة ومن جهة أخرى نشأت تأملات مشكوك بها وتمسك دوغماتي⁽¹⁾ بادعاءات غير مبرهنة.

1.4- العوامل الاجتماعية

يلاحظ وجود بعض الأمراض في طبقات اجتماعية اقتصادية معينة أكثر من غيرها. إذ يترافق الفقر مثلاً باحتمال مرتفع مع أمراض القلب والدورة الدموية ومع اضطرابات كالاكتئاب. كما ويظهر الفصام في الطبقات المحرومة اقتصادياً واجتماعياً بتكرار كبير. ويرى بعض العلماء أنه يمكن للإرهاقات اليومية في مثل

(1) دوغماتي أو عقائدي تفسير أو تأكيد من غير بيئة أو دليل.

هذه الحالة أن ترفع بالتشارك مع الرعاية الطبية غير الكافية من خطر الإصابة بالفصام. ويرى آخرون أنه ربما كان بعض الناس الذين انتهوا كحالات اجتماعية غير قادرين الاحتفاظ بعملهم لأنهم المرض بالأصل - حتى قبل أن يتم تشخيصه - قد قاد إلى نقص في التأهيل المهني وفرص مستقبلية محدودة.

2.4- علاقات الطفل-والوالدين

لم تتمكن عشرات السنين من البحث العلمي من برهان وجهة النظر القائلة أنه يمكن لعلاقة طفل - والدين⁽¹⁾ سيئة أن تسبب الفصام أو تثيره. ومع ذلك فما زال كثير من الوالدين يبحثون عن الذنب في ذاتهما بصورة غير مبررة، وذلك إذا ما مرض طفلهم بهذه المعاناة. وعلى الرغم من أن الدور الدقيق لخبرات الطفولة في نشوء الفصام ما زال غير معروف حتى الآن، غير أنه من المؤكد أن هذا لا يشكل العامل الحاسم الذي اعتقده العلماء في السابق. وفي السنوات الماضية أولى كثير من الأطباء النفسيين أهمية كبيرة للتصور حول ما يسمى بالأم المسببة للفصام، التي تتسم علاقتها بطفلها بتعلقية زائدة. ووفقاً لهذه النظرية فإن الأم (وأحياناً الوالدان كلاهما) مسؤولة عن مرض الطفل بالفصام، لأنها دائماً كانت تعرض طفلها لإشارات متناقضة (ما يسمى بالارتباط المزدوج) ("أخرج والعب" يعقبا "أيهون عليك الخروج لتلعب وتتركني وحدي") من أجل إيقاظ مشاعر الذنب لدى الطفل. وعلى الرغم من أن بعض المتخصصين ما زالوا متمسكين بهذه النظرية إلا أنها قد فقدت من أهميتها إلى مدى كبير في هذه الأثناء. غير أنه على الوالدين أن يدركا أنه يمكن أن تكون الاتجاهات نحو عزو الذنب قد كانت موجودة دائماً وبشكل خاص طالما الطفل يلفت النظر إليه من خلال سلوكه المنحرف ولم يتم طرح التشخيص "فصام" بعد.

(1) علاقة طفل - والدين أو علاقة والدين - طفل: المقصود هنا علاقة دائرية وليست علاقة خطية بمعنى علاقة الوالدين بالطفل كما يحلو للبعض تسميتها. إن المقصود هنا علاقة الوالدين بالطفل وعلاقة الطفل بوالديه وعلاقة الوالدين مع بعضهما وعلاقة كل طرف منفصل منهما مع الطفل وعلاقة الطفل بكل طرف منهما على حدة.

3.4- الاستعداد الوراثي

من المعروف منذ زمن بعيد أن الفصام يظهر في أسر معينة. ويقدر خطر احتمال أن يمرض أحد أقارب مريض بالفصام (الأم، الأب، الأخوة، الأطفال) بهذا المرض بين 5-10 مرات أكثر من الأسر التي ليس فيها مريض بالفصام. وإذا كان الوالدان مصابان بالفصام، يكون خطر مرض أطفالهما أكبر من ذلك. وعلى الرغم من أنه يمكن تفسير هذا الاستعداد الأسري من خلال العوامل الاجتماعية إلى حد ما، غير أن دراسات أخرى تبرهن وجود ارتباط وراثي واضح.

فقد أظهرت دراسات على توائم سيامية (شقيقة) وغير سيامية (غير شقيقة، أي من بويضتين مختلفتين) وجود خطر مرتفع للمرض بالنسبة للأخ السيامي أكثر من الخطر الكائن بالنسبة للأخ غير السيامي. وأظهرت دراسات شبيهة أن أطفال الفصامين يمتلكون خطراً مرتفعاً للإصابة بالفصام أو أي اضطراب شبيه آخر، حتى عندما تم التبني منذ الولادة من أسر أخرى.

وقد استنتج الباحثون في هذه الأثناء أن أنه في بعض حالات الفصام فإن الوالدين قد أوراها ذريتهما مورثاً شاذاً - أو أكثر. وبشكل عام يمكن القول أن أبحاث الوراثة مازالت حتى الآن تطرح أسئلة كثيرة أكثر من الإجابات فيما يتعلق بالوراثة. وعلى الرغم من الخطر الكامن بالوراثة فهناك كثير من الحالات التي ظهر فيها المرض لدى توائم شقيق واحد ولم يظهر لدى الآخر. كما لا بد من الملاحظة أن غالبية المرضى لا يمتلكون أقارب مباشرين يعانون من المرض.

فأي دور تلعبه الوراثة بالفعل؟

من الممكن طبعاً أن يكون هناك أشكال مختلفة من الفصام ذات أسباب مختلفة كلية، وأن واحد منها موروث. وبناء على نتائج الأبحاث حتى الآن فإن الاحتمال الأكبر هو وجود واحد أو أكثر من الشذوذات البيولوجية الموروثة التي تجعل من شخص ما يحمل الاستعداد للإصابة بالفصام، غير أنه لا بد وأن تتوفر عوامل أخرى (ربما إرهابات نفسية واجتماعية أو اضطرابات في الاستقلاب أو حتى مرض فيروسي) من أجل أن يظهر المرض. وبالتالي قد يمكن مقارنة الفصام

بأشكال معينة من أمراض القلب، التي لا بد وأن تتوفر إلى جانب الاستعداد الوراثي تأثيرات أخرى كالتدخين والتغذية غير الصحيحة وطريقة الحياة الراكدة (التي تدار جلوساً) من أجل أن يظهر المرض.

4.4- كيمياء الدماغ

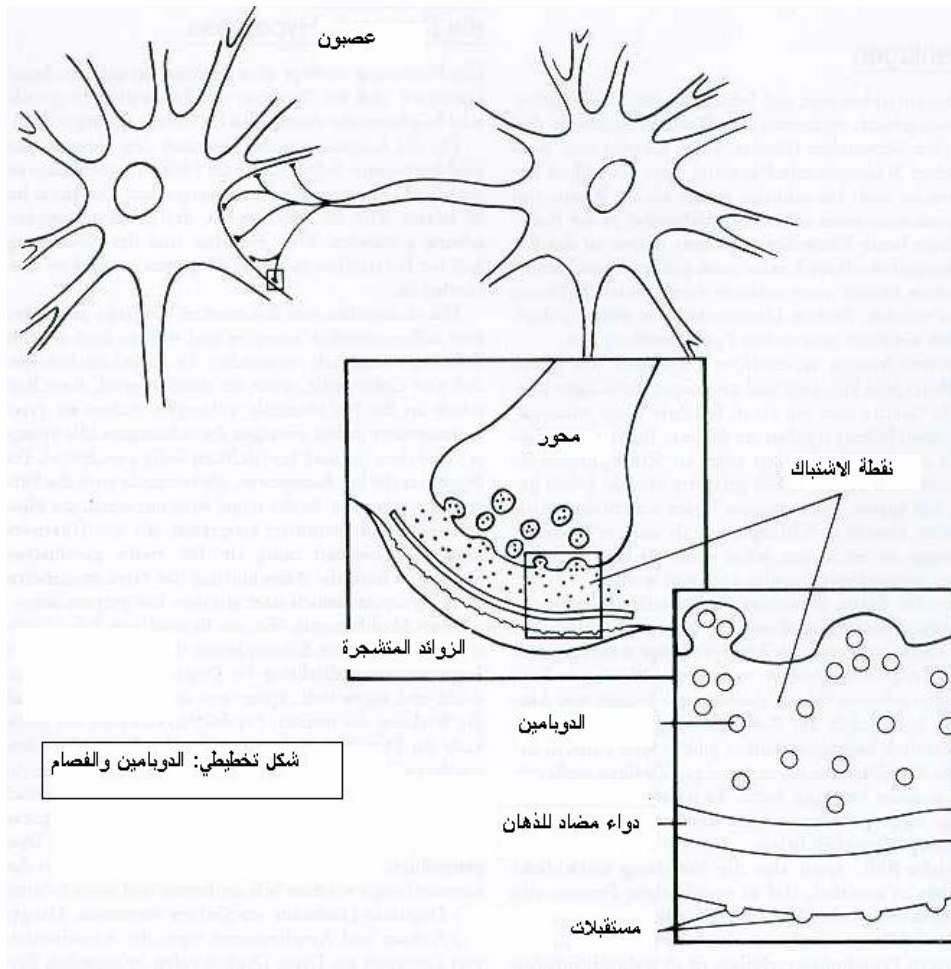
1.4.4- فرضية الدوبامين

هناك دلائل معينة تشير إلى وجود شذوذ بيوكيماوي نوعي في أدمغة الأشخاص الذين يعانون من الفصام. فمن أجل الاتصال بين الخلايا العصبية توجد مواد معينة، تطلق عليها تسمية النواقل العصبية. ومن بين هذه النواقل العصبية هناك ناقل يدعى الدوبامين. وقد تركزت الأبحاث حول الفصام في السنوات الأخيرة على الدوبامين. ويرى كثير من الباحثين أنه يوجد الكثير من الدوبامين في أدمغة الفصامين.

وتعتبر الحوادث الكهربائية والكيمائية في الدماغ معقدة جداً وما زالت غير مفهومة بصورة كافية حتى الآن. غير أنه من المعروف أنه عندما تكون خلية دماغية ما نشيطة فإنها تقوم بتوصيل هذا النشاط أو هذه الرسالة إلى الخلية التالية وذلك من خلال تحريرها للنواقل العصبية في الفجوة الدقيقة (المشبك العصبي) الكامن بين الخلية العصبية والأخرى. وتمتلك الخلية التالية (أو الخلية الجارة) مستقبلات تكون قادرة على التعرف على الناقل العصبي. ويتم في العادة إطلاق الناقل العصبي بالمقدار اللازم من أجل إيصال الرسالة فقط. غير أنه في كثير من الاضطرابات النفسية يمكن لإطلاق النواقل العصبية في المشابك العصبية أن يخرج عن سكوته بشدة.

وقد تم اكتشاف كثير من الأدوية المستخدمة في معالجة أعراض الفصامات قبل زمن طويل من طرح فرضية الدوبامين. ولم يكتشف إلا مؤخراً أن تأثير غالبية الأدوية النفسية يقوم على محاصرة مستقبلات الدوبامين. وتشير الدراسات على الحيوانات أن النشاط المرتفع للدوبامين يمكنه أن يفسر بعض أكثر أعراض الفصام ملاحظة بما في ذلك الأهلوس والتصورات الهذيانية. وهناك كثير من الأبحاث حول تأثيرات سوء استخدام العقاقير على الدماغ والتي تشير كذلك إلى

احتمال وجود علاقة بين الفصام واضطراب توازن الدوبامين. فسوء استخدام العقاقير كالكوكايين والأمفيتامين تحت إفراز الدوبامين. وهذه العقاقير تسبب ذهانات عابرة تشبه الفصام عملياً، علماً أنها تختفي في العادة من تلقاء نفسها.



2.4.4- بنية الدماغ

كما وتوجد لدى غالبية الأشخاص الذين يعانون من الفصامات بنى دماغية شاذة. فقد وجدت الدراسات باستخدام أجهزة عالية التطور كالتخطيط الطبقي المحوري المدعوم بالكمبيوتر أو بالمرنان المغناطيسي والتي تعطي صورة عالية الوضوح للدماغ وجود فروق بين أدمغة المصابين بالفصام والناس العاديين. فلدى كثير من الفصاميين يكون النسيج الدماغي أصغر وبطينات الدماغ (التي تحتوي السائل النخاعي الشوكي) أكبر من بطينات الناس العاديين. وتشير هذه النتائج إلى أن بعض الشذوذات التي تظهر عند الفصاميين يمكن أن تكون ناجمة عن اضطرابات باكراً جداً في نمو الدماغ، الأمر الذي يؤثر على النمو الطبيعي.

ولكن ليس كل الفصاميين يعانون من شذوذات شديدة في البنى الدماغية. وعلى الرغم من أنه ليس من المعروف كيف يمكن لهذه الشذوذات الدماغية أن تحصل أو ما الذي تعنيه بالنسبة لمرض الفرد فإن نتائج الأبحاث تشير إلى العلاقة الممكن بين الفصام والبنية الدماغية. وهذا يمكن أن يقود إلى تحسين وسائل المعالجة.

3.4.4- استقلابات الدماغ

يتم استهلاك كمية قليلة من الطاقة في كل مرة يتم فيها تنشيط أو إيقاف خلية دماغية وحيدة. ولكن عندما تنشط الملايين من الخلايا الدماغية - كما هو الحال دائماً في الدماغ - فإن استهلاك الطاقة يكون كبيراً جداً. ويشكل الدماغ نسبة مقدارها 2% فقط من خلايا الجسد ككل، إلا أنه يحتاج إلى 20% من الأوكسجين المتوفر في الدم وجزء كبير من الغلوكوز (شكل من السكر اللازم لعمليات الاستقلاب) المتوفر.

وبمساعدة الأساليب التصويرية الحديثة أصبح بالإمكان قياس درجة تدفق الدم واستهلاك الأوكسجين والسكر في مناطق معينة في الدماغ. وبهذه الطريقة يمكن تحديد العمل "المنجز" في باحات دماغية معينة في الدماغ. ومن خلال تحليل نشاط الدماغ عند الفصاميين تبين للباحثين أن منطقة محددة هي الجزء الجبهي من

اللحاء (القشرة الدماغية) كانت في المتوسط أقل نشاطاً لدى بعض المرضى. وتعزى لهذا الجزء من الدماغ أهمية خاصة بالنسبة للتفكير المجرد والتخطيط بعيد المدى ونشاطات أخرى، تعتبر خاصة بالمخلوقات البشرية.

وتقود هذه النتائج إلى فرضية أن بعض الشذوذات الاستعرافية التي تظهر لدى الفصامين - كالصعوبات في التفكير المجرد - يمكن أن تعزى إلى اضطرابات استقلالات الدماغ.

4.4.4- قدرات الوظائف الذهنية

يغمرنا محيطنا بفيض من المعلومات باستمرار، علينا تحليلها أو تجاهلها: صوت التلفزيون....وصوت منبه سيارة يأتي من بعيد....والطفل يبتسم....ويداعب الهواء شعرنا....رائحة الطعام تملأ المطبخ....الخ.

ومن أجل تفسير كل النشاطات في محيطنا وأحاسيسنا الجسدية وأفكارنا وتنظيمها علينا أن ننظم بؤرة انتباهنا. فنقوم بتجاهل كثير من المثيرات، ونتصرف بناء على مثيرات أخرى ونخزن أخرى من أجل تحليلها فيما بعد والتعامل بعد معها. فتحن نستطيع إذاً في كل لحظة من اللحظات أن نوجه انتباهنا استناداً إلى صوت خارجي ما أو نظرة أو إحساس جسدي أو شعور غامض أو فكرة ما. وربما نركز على مشكلة واحدة أثناء العمل ونتجاوز الملهيات كرنين جرس الهاتف أو صوت محادثة في الغرفة الجانبية. أو أننا نركز على الشعور الأخاذ الذي تحدثه قطرات المطر المنهمرة على يدنا ونتجاهل صوت شخص بجانبنا يعرض علينا الاحتماء بمظلته.

وعندما يتحدث مرضى الفصام عن خبراتهم، فإن كثيرون منهم يقولون: أنهم يشعرون بأنهم يشعرون بأنه مستحوذ عليهم (مأسورين) بالمثيرات الموجودة حولهم. إذ يسهل صرف انتباههم من الحوادث الحاصلة في محيطهم. ولا يكونوا قادرين على التركيز على أمر واحد. بل أنهم كالكرة يتدحرجون بالأفكار والأحاسيس المتقلبة. ومن الممكن أن يخلطوا بين أفكارهم الخاصة والأصوات القادمة من الخارج. إنه يسهل صرف انتباههم إلى درجة أن كل تغيير في محيطهم يشد انتباههم وينصرفون عما فكروا به أو فعلوه قبل ثانية.

وقد وجد الباحثون في هذه الأثناء الذين خمنوا منذ زمن بعيد أن مثل هذا النوع من مشكلات الانتباه يرتبط بعلاقة وثيقة مع الفصام، براهين على هذا الاعتقاد. فكما أظهرت دراسات مختلفة يصعب جداً على المرضى الفصاميين القيام بإنجاز الوظائف أو المهمات التي تتطلب التركيز الشديد لفترة زمنية. وتحدث ردود فعلهم أفعالهم على المثيرات البسيطة ببطء أكثر مما هو الأمر في المتوسط. وعندما يقومون بتنفيذ مهمات تحت ضغط الوقت، فإنهم لا يستفيدون مثل الأصحاء من التنبهات السابقة على أن الوقت محدود.

وعموماً يبدو أن عمليات التفكير عند الفصاميين أبطأ. إنهم يستخلصون من الصور العابرة أو من الأصوات التي يسمعونها لفترة قصيرة القليلة من المعلومات المهمة. ويسهل قطع مجرى تفكيرهم أكثر مما هو الأمر لدى الأصحاء. وتؤثر المثيرات المختلفة عليهم كما لو أن عدة أفلام تعرض دفعة واحدة على الشاشة، حيث تتداخل فيها لأصوات والصور، وكل شيء يلفت انتباههم دفعة واحدة ويضاف إلى ذلك أنه يصعب تفسيره.

وقد تفسر هذه الصعوبات في تمثيل المعلومات بالارتباط مع تباطؤ التفكير اضطرابات التفكير الوخيمة، التي يعاني منها مرضى الفصام. ويمكن أن يعزى النقص في الارتباط بين الأفكار والتعبير عنها لعدم القدرة على تصفية التداخيلات غير المهمة. ويمكن للانسحاب الاجتماعي لشخص ما أن يكون محاولة لتخفيض كمية التنبهات. وربما يكون هذا أيضاً السبب في أن الفصاميين ينجزون أعمالهم بسهولة أكبر إذا ما كانت الواجبات التي يقومون بها، سواء في المنزل أو العمل مبنية بصورة دقيقة ومبسطة جداً.

ويعتقد بعض الخبراء أن بأن صعوبات التركيز يمكن أن تكون محددة وراثياً. ويستندون في ذلك إلى نتائج الأبحاث التي تشير إلى أن الأشكال الأقل حدة من اضطرابات الانتباه التي ما زالت بعيدة جداً عن أن تصبح مرضاً غالباً ما تلاحظ عند أقارب مرضى الفصام ولدى اليافعين الذين يقدر خطر إصابتهم بالمرض بأنه مرتفع.

وربما يتعلق تراجع قدرات الوظائف الذهنية، التي تظهر لدى بعض الأشخاص

الذين يعانون الفصام بمشكلات اضطرابات الانتباه. وهذا غالباً ما يلاحظ لدى أولئك الذين يظهر لديه الاضطراب فجأة في المراهقة أو في سن الرشد المبكر. فاليافع الذي حقق نتيجة ممتازة في المدرسة أو في عمله، يمكنه أن يعاني خلال فترة قصيرة من تراجع عقلي شديد. وبعد تشخيص الفصام غالباً ما يتضح بصورة استرجاعية أن المعني كان قد عانى في المدرسة أو في عمله من صعوبات متزايدة، قبل أن أصبح المرض ملحوظاً.

5- العلاج

يعتبر الفصام مرضاً يؤثر على كل فرد من الأفراد بصورة مختلفة. فبعضهم يمر بطور من واحد من السلوك الفصامي ويعودون ليصبحوا ثانية كلية. وبعضهم تستمر أعراضهم لسنوات طويلة، غير أنهم يظلون على الرغم من الأعراض قادرون على القيام بوظائفهم. في حين أن عدد كبير منهم يحتاج إلى مساعدات من أجل الاستقرار، غير أنهم يستطيعون الاستمرار بالعيش في محيطهم المعتاد. وبعض المعنيين يتضرر من مرضه إلى درجة أنهم لا يستطيعون أبداً أن يعيشوا بشكل طبيعي. وبعضهم يحتاج إلى إقامة طويلة في المستشفى، في حين يستطيع آخرون العيش ضمن ظروف معينة كالبيوت العلاجية بشكل مستقل إلى حد ما.

وحتى قبل عقود قليلة كان يحتاج كثير من الفصامين المندمجين اليوم بصورة جيدة في المجتمع، الإقامة لفترة طويلة في مستشفيات الطب النفسي. ففي ذلك الوقت لم يكن الكثير معروفاً حول المرض، إلى درجة أن العلاج أنْهَكَ بمحاولات السيطرة على الأعراض التي لم تكن مفهومة من خلال باستخدام كل الوسائل المتوفرة، من أجل الحفاظ على المريض من إلحاق الأذى بنفسه أو بالآخرين. وبعض الأطباء كانوا مستعدين إلى تجريب أي دواء أو طريقة علاجية تقريباً، مهما كانت هذه الأدوية أو الطرق غير مدروسة جيداً أو مفهومة آثارها، من أجل مساعدة مرضاهم.

أما اليوم فقد تغيرت هذه الصورة بشكل جذري. فقد قام الباحثون المتخصصون والأدوية المناسبة بإصلاح الطبيعة التي كانت سائدة للعلاج. وبشكل عام فقد

استطاع العلماء تخفيض شدة ومدة الأعراض بصورة جذرية ، الأمر الذي مكن من تعديل العلاج طويل الأمد في المستشفى إلى العلاج خارج المستشفى.

1.5- متى تكون الإقامة في المستشفى لازمة

عادة ما يدخل اليوم المرضى الذين يعانون من الفصام إلى المستشفى من أجل طرح التشخيص ومعالجة أعراض المرض الحادة وفي حالة الانتكاس (أطوار الأزمة التي تعود فيها الأعراض بصورة شديدة) فقط. وكذلك عندما يميل المريض نحو العنف أو عندما يكون غير قادر على التصرف بسبب أفكار التصور الهذيانية. ويستمر العلاج في المستشفى في العادة إلى أن يتمكن المريض من السيطرة على أعراضه.

اختيار المستشفى

أصبحت معالجة الفصامات في الأقسام النفسية في المستشفيات متشابهة إلى حد ما. فالعلاج الذي يحصل عليه المريض في مستشفى حكومي يسير بصورة مشابهة لما يحصل في مشفى خاص أو مشفى جامعي أو ما يشبه ذلك.

والأهم من السؤال عن أين سيتم العلاج السؤال من سيكون الطبيب المعالج. فالطبيب النفسي يجب أن يمتلك خبرات في معالجة الفصام وأن يكون متخصصاً يثق فيه المريض وأسرته بشدة. ففي مرض كالفصام يكون الإشراف المستمر والطويل الأمد والتفاهم مع الطبيب المعالج مهماً. وعلى الإنسان أن يتجنب أخذ المريض من طبيب لآخر. وعلى الطبيب النفسي الذي يعالج المريض أن يكون على علاقة بالمستشفى الذي يمكن للمريض أن يدخله في أوقات الأزمات. وعليه أن يكون مستعداً لمتابعة الرعاية الطبية في العيادة أو في المستشفى. وبما أن علاج الفصام يتم غالباً من قبل الفريق العلاجي، حيث يقدم فيها عامل الخدمة الاجتماعية مثلاً العلاج الداعم ويشرف على الأقارب، فإنه لبد للإنسان من أن يكون صورة عن التعاون العلاجي النفسي للطبيب النفسي.

2.5- الأدوية ضد الفصام

ظهر الانقلاب الكبير في معالجة الفصامات مع اكتشاف الأدوية الحديثة، التي تطلق عليها تسمية مضادات الذهان Anti-psychotica أو المقلدات الكبرى Neuroleptica. وهناك عدة "أسر" أو "طوائف" من هذه الأدوية النفسية، تختلف عن بعضها في تركيبها الكيميائي ومعاييرها وتأثيراتها بدرجة طفيفة.

ويتفق كل الخبراء تقريباً على أن مضادات الذهان تمثل الوسيلة المثلى في معالجة الفصامات. وقد تمت مقارنة فاعلية هذه الأدوية علاج الفصامات بأدوية أخرى وبالعلاج النفسي وبمجرى المرض من خلال مجموعات ضابطة ومجموعات مقارنة، تتألف من مرضى غير معالجين في كثير من الدراسات. وهنا أثبتت مضادات الذهان نفسها على أنها أكثر الوسائل فاعلية سواء لدى المرضى الموجودين داخل المستشفيات أو من أجل الوقاية من الانتكاس لدى الأشخاص الذين استطاعوا العودة لحياتهم الطبيعية، ولكنهم استمروا في تناول الدواء.

ويؤثر الكلوتسابين Clozapin أحياناً في الحالات التي لا تؤثر فيها الأدوية الأخرى، من أجل كبح الأعراض، وبشكل خاص في ما يسمى الأعراض "السلبية" (أنظر لاحقاً). ويبدو أنه يمتلك أعراضاً جانبية أقل من مضادات الذهان الأخرى. غير أن من سيئاته الوخيمة أنه يمكن لعدد الكريات البيض (المسؤولة عن حماية الجسم من الإصابة بالأمراض المعدية) أن ينخفض بشكل خطير لدى عدد محدود من المرضى. ولهذا ينبغي للمرضى الذين يتناولون هذا الدواء أن يقوموا بتحليل الدم أسبوعياً ومن سيئاته الأخرى أن ثمنه مرتفع جداً في الوقت الراهن بالإضافة إلى تكاليف تحليل الدم أسبوعياً. وهناك أدوية أخرى يشبه تأثيرها تأثير الكلوتسابين ويمكن أن تكون أقل خطورة منه غير أنها ما زالت في طور الاختبار وستكون متوفرة في المستقبل القريب.

وغالباً ما يتم استخدام أدوية معينة في علاج أعراض معينة من الفصام. وعليه يمكن للفينوثيازين Phenthiazine الذي يمتلك تأثيراً مهدئاً شديداً أن يستخدم في علاج المرضى الذين يعانون من حالات إثارة.

ويتم تمثيل الأدوية منفردة بطريقة مختلفة من قبل الجسد. لهذا من الممكن أن يتم تفضيل استخدام دواء على آخر لأن خطر إلحاق الضرر بالكبد فيه أقل الذي يكون متضرراً مسبقاً أو أن يزيد من مرض القلب سوءاً أو يزيد من ضغط الدم المرتفع أصلاً. ولهذه الأدوية تأثيرات وخيمة، إذ أنها أدوية قوية تغير من التوازن الكيماوي للدماغ - وبالتالي الإشارات التي يرسلها الدماغ إلى بقية الجسد - ويمكنها أن تقود إلى مجموعة من الأعراض الجانبية. وأحياناً يمكن للإنسان أن يتحكم بالتأثيرات الجانبية هذه، من خلال تغيير مقدار الجرعة أو من خلال تغيير الدواء إلى دواء له تركيب كيماوي آخر. وفي حالات أخرى ينبغي أن لا بد من إضافة دواء آخر من أجل السيطرة على الأعراض الجانبية.

ومن الأعراض الجانبية يمكن ذكر الأعراض جانبية غير ذات القيمة كالإمساك أو اضطرابات الرؤية، أما التأثيرات الجانبية الوخيمة فهي اضطرابات الحركة المستمرة أو اضطرابات إيقاع القلب أو اضطرابات تركيبة الدم.

وربما تكون اضطرابات الحركة، التي تطلق عليها تسمية عسر الحركة المتأخر، والتي غالباً ما تكون معقدة جداً، من أسوأ التأثيرات الجانبية التي تظهر لدى أقل من ثلث المرضى بالفصام الذين يعالجون بمضادات الذهان. ويتصف عسر الحركة المتأخر الذي يمكن اعتباره تأثيراً جانبياً طويلاً الأمد ووخيم للعلاج بمضادات الذهان بالحركة اللاإرادية للفم أو اللسان أو الجسد كله، أو جزء منه. ويمكن لهذه الأعراض أن تظل قائمة حتى عندما يتوقف الإنسان عن تناول الدواء. وفي الحالات النادرة يمكن لمضادات الذهان أن تسبب ما يسمى بمتلازمة المقلدات الكبرى المؤذية "Malign Neurorliptica Syndrome" التي يرمز لها اختصاراً (MNS) الضارة والخطيرة والتي يمكن لها في حالات معينة أن تكون قاتلة. وتسبب متلازمة المقلدات الكبرى المؤذية تجمداً في العضلات وتزعزع الجهاز العصبي المستقل. ومن الأعراض الجانبية الأخرى الجدية يمكن ذكر عدد كبير الأعراض الجانبية بدءاً من حركات العضلات الأخرى غير الإرادية ووضعيات جسدية غريبة وصولاً إلى غياب مجريات الحركات المألوفة وبشكل خاص في الوجه، الأمر الذي يقود إلى إيماءات وجه جامدة خالية من التعبير. ومع ازدياد عسر الحركة المتأخر يمكن

التخفيف أو التغلب على كثير من التأثيرات الجانبية الأخرى إلى حد كبير. وعلى الرغم من الفوائد التي تقدمها المقلدات الكبرى فإنها من المؤكد كل شيء عدا عن أن تكون مثالية. فإحساس بعض المرضى يتحسن بوضوح من خلال الأدوية في حين أنها لا تساعد بعضهم الآخر كثيراً أو حتى على الإطلاق. فعلى الرغم من أن مضاد ذهان ما يمكن أن يؤثر لدى شخص ما بشكل جيد فإنه يمكن ألا يؤثر لدى آخر بشكل جيد. ويجري البحث الآن عن أدوية ليس لها تأثيرات جانبية جدية. ويتم باستمرار اختبار أدوية جديدة. ويؤمل أن يتم في المستقبل تطوير أدوية نفسية يمكن بمساعدتها معالجة طيف الأعراض الفصامية بشكل جيد.

3.5- مبادئ علاجية نفسية اجتماعية والعلاج السلوكي

يتوفر لدينا اليوم معارف جديدة حول أفضل الطرق العلاجية غير الدوائية للفصامات. وهناك دلائل على أن الحالة يمكن أن تتحسن بسرعة عندما يتم تخفيض الإرهاقات الاجتماعية النفسية إلى حدها الأدنى. وهذا ما قاد إلى تزايد إشراك الأقارب في برنامج العلاج، بما في ذلك الإيضاح والإرشاد حول طبيعة المرض. وهذا ما ساعد العاملون في العلاج من مساعدة مرضاهم أكثر من أي وقت مضى، سواء في التعامل مع إرهاقات الحياة اليومية أم في التعامل مع مرضهم.

ومن أكثر أسباب الانتكاس هو توقف المريض عن تناول الدواء. ويمكن أن يكون حل هذه المشكلة صعباً وتضع صبر الأقارب المحبين على محك صعب. ولكن كلما ازداد اشتراك المريض مع أقاربه في برنامج التدريب العلاجي النفسي كلما أمكن من رفع احتمال الوقاية من الانتكاس. ومن خلال اللقاءات المنتظمة مع المعالج النفسي، التي يحصل من خلالها الأقارب على معلومات دقيقة حول طبيعة الاضطراب وأحداث الحياة وأنماط التفاعل الأسرية ويتعلمون كيفية التأثير في الانتكاس وتعريفهم بالأدوية والآثار الجانبية لها، يمكن تخفيض الانتكاس إلى حده الأدنى (وهناك معلومات حول الكيفية التي يمكن من خلالها التوقف أو الامتناع عن تناول الدواء في الاضطرابات ثنائية القطب، التي تظهر فيها كذلك أطوار ذهانية معروضة في فصل الاكتئابيات في إطار إتباع التعليمات الطبية - كيف يمكن للأقارب أن يساعدوا).

حالة مروان: العلاج الأسري كان هو الحاسم

أحضر والدا مروان الذي كان عمره آنذاك 21 سنة ولدهما لعيادة طبيب نفسي لأنه كان كسولاً. وقد خشياً أن يفقد فرصة دراسة الحقوق بسبب عناده ونقص دافعيته. وقد ذكرا أنه غالباً ما ينسحب إلى غرفته ويعزل نفسه فيها وأنه قد طور لنفسه الاهتمام بمعتقدات الهبي Hippie "الغريبة".

وفي مجرى العرض المفصل لتاريخ حياته سرعان ما وجدت الطيبة النفسية أن مروان أثناء مدرسته قد دخل المستشفى لفترة قصيرة لأنه "سمع أصواتاً". وترك المستشفى برغبته لأنه خاف من تناول الدواء. ومنذ ذلك الحين انعزل مروان عن أصدقائه وكان يقضى الكثير من الوقت في غرفته وحده يقرأ كتباً حول الطقوس التصوفية Mystic والتقمص Reincarnation. وكان يضحك دون سبب واضح ويكلم نفسه. وتراجعت علاماته في المدرسة من مستوى جيد إلى أن ترك المدرسة في النهاية.

وراجع مروان بعد تركه المستشفى طبيباً نفسياً لأشهر طويلة الذي وصف له مضادات الذهان، التي لم يتناولها مروان إلا بصورة متقطعة. وحاولت أمه الاتصال بالطبيب النفسي غير أنه أوضح لها بأنها تعيق العلاج، وتوقف والده على مساندته في العلاج لأنه تولد لديه الانطباع بأنه يبالغ في "تدليله" ولأن الطبيب استبعدهما هو وزوجته من العلاج.

قررت الطيبة إشراك الأسرة في العلاج بشكل فاعل. وقد تم إخبار مروان ووالديه بأنه يعاني من الفصام. ووضحت لهم الطيبة كيف توصلت إلى هذا الاستنتاج. ونصحت والد مروان الذي كان مهتماً بالقراءة أكثر حول هذا المرض. وشرحت الطيبة أن الأدوية ستساعد في السيطرة على الأعراض المرتبطة بالمرض. وأن تناول الدواء ليس دليلاً على الإدمان أو على ضعف الشخصية. وهذه التصورات كانت موجودة لدى الوالدين والابن. كما وتمت مناقشة التأثيرات الجانبية مع مروان ووالديه. وكانت النتيجة أن مروان بدأ بتناول الدواء بانتظام الأمر الذي قاد إلى تراجع ملحوظ لهلوساته السمعية واهتمامه القسري بالدين.

وخجل مروان من أنه لم يستطع أن ينجح في الثانوي وأنه قد خيب أمل والديه. وأراد أن يبدأ العمل في مزرعة ريفية. غير أن والداه نصحاه ألا يفعل ذلك وحاولا إقناعه بأنه يمكنه أن يصبح محامياً، إذا ما حاول فقط "أن يلتزم بكل طاقته بهذا". فوالده كان محامياً وكان دائماً يتصور أن ولده يمكن أن يدخل مجلس القضاء. وبعد مواجهة مع والديه عادت الأعراض لتزداد سوءاً وعندما كان الوالدان يعزوان الذنب لمرض مروان كان ينعزل في غرفته ولا يعود بالإمكان تغيير حالته.

وفي الجلسات المشتركة اللاحقة ساعدت الطبيبة الوالدين في الوصول إلى توقعات واقعية من مروان وعلى فهم بأن صعوباته في المدرسة لا ترجع لكسله أو لعناده. ومع الوقت بدأ الوالدان بإدراك أنهم عليهم تقبل حدود مروان وتوقفوا كما نصحتهم الطبيبة عن الحديث حول دراسة الحقوق. وبالنسبة قلت عزلة مروان في غرفته وتراجعت هلوساته السمعية.

وبدأ مروان يعمل في وظيفة محدودة الوقت بتشجيع من والديه في مزرعة ريفية. وأعجبه العمل في المزرعة. وكان فخوراً بدقته في التقليم وزرع الأشجار النباتات. وعندما تأقلم مروان في عمله نصحتهم الطبيبة بقضاء عطلة نهاية الأسبوع بالخروج من المنزل وترك مروان وحده. وهو أمر لم تكن تتجرأ الأم على القيام به على الإطلاق منذ أن دخل المستشفى أول مرة. وتناقصت العلاقات بين الزوجين بمقدار ما استطاعت الطبيبة أن تقنع الوالدين أنهما غير مسؤولان عن مرض ابنهما وأنهما من حقهما أن يقضيا وقتاً مع بعضهما وحدهما.

وبعد أشهر من عمل مروان اقترحت الطبيبة على والديه زيارة الحديقة التي أسهم مروان في تنظيمها وزراعتها وأن يطلبوا منه أن يريهما ما قام بتنسيقه. وفي وقت لاحق قال مروان لطبيبته أنها كانت واحدة من أسعد أوقات حياته تلك التي تقبل فيها والداه عمله.

وفي هذه الأثناء ذكر والداه أن حياتهما الزوجية قد تحسنت. فقد انتسبت والدته لمجموعة من الأهلالي الذين يمتلكون مرضى نفسياً والتي اشترك فيها والده بين الحين والآخر. وها قد مضت سنة على العلاج. وما زالت حالته مستقرة. ووجب تغير مضادات الذهان مرة عندما عادت له الهلوس السمعية بعد موت عمه. غير أنه استطاع مواصلة عمله ولم يعد يحتاج إلى المستشفى.

4.5- المنظور المستقبلي بعيد المدى

بمجرد أن يتم السيطرة على الأعراض الوخيمة يصبح كثير من المرضى قادرين على العودة للبيت وإدارة حياة منتجة.. وبعضهم ينبغي عليه البقاء في أقسام علاجية حكومية أو خاصة. وعلى الرغم من عدم توفر معطيات دقيقة فإنه يفترض أن العدد الأكبر من الفصامين تتم العناية بهم من قبل ذويهم. أما بالنسبة لأولئك الذين لا يستطيعون العيش في المنزل سواء كان الأمر بناء على قرارات شخصية أم لأن مرضهم مشكل إرهاباً شديداً بالنسبة للأسرة، فيمكن وضعهم في أقسام تقوم عليها مؤسسات الخدمة الاجتماعية.

ومن التطورات الإيجابية في علاج الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب هو وجود الأقسام المؤقتة أو المؤسسات المؤقتة التي على الرغم من أنها تقدم إشرافاً متخصصاً، إلا أنها تتيح للمريض شكلاً من السكن المستقل. أما بالنسبة للمرضى بفصام خفيف فقد أثبتت بيوت السكن الحل الأمثل بعيد المدى. ففي هذه المساكن أو البيوت التي تشرف عليها إدارة متخصصة يكون التناول اليومي للدواء مضموناً. وتهدف هذه البيوت إلى تخفيض الإرهاقات النفسية الاجتماعية المعرض لها الأشخاص الذين يعانون من الفصام، وبالتالي تخفيض تكرار الأطوار الحادة والخطيرة. وكثير من هذه البيوت مصمم بحيث يتم إعادة دمج النزلاء بالتدرج ضمن المجتمع.

وهناك أشكال كثيرة مختلفة من النماذج التي يتم فيها تقديم الإشراف بدرجات مختلفة. فالمسكن النموذجي قد يستوعب 30 شخصاً. ومن العاملين فيه طبيب نفسي ومعالج نفسي مؤهلين. وعادة ما يكون الطبيب النفسي هو المشرف أو متخصص آخر مؤهل. وغالباً ما تكون المساكن ضمن تجمع كبير في مكان هادئ خارج المدينة.

وتحقق أفضل المساكن ثلاث وظائف مهمة:

- = إنها تحقق محيطاً مبنياً (منتظماً) من أجل الحياة اليومية.
- = إنها تقدم شكلاً من أشكال إعادة التأهيل تمتد لتصل إلى تقديم إمكانات التأهيل أو التعليم وإيجاد عمل؛

= إنها تشرك الأقارب في العلاج بقدر ما تستطيع، حتى أنها تقدم للأقارب الذين يرغبون بذلك علاجاً أسرياً. ويستطيع المتخصصون العاملون في هذا المركز إعادة تأهيلي مساعدة الأقارب على فهم مرض المريض. كما ويمكنهم مساعدتهم في حل المشكلات الأساسية كموضوع تمويل العلاج.

= وهناك وسائل مساعدة أخرى تكون عبارة عن ورشات حامية وأقسام إعادة تأهيلية، يتم فيها تعويض النقص أو القصور المهني وإعداد المرضى لمهنة منتظمة.

ما الذي ينبغي للأهل والأقارب معرفته:

= ليس هناك من دلائل قاطعة حول أن فشل الوالدين يسبب الفصام. على الوالدين أن يتوقفا عن اتهم نفسيهما بسبب المرض، الذي لا يستطيعان التحكم به. وتشير نتائج الأبحاث إلى وجود شذوذ في بنية الدماغ أو اضطرابات استقلاب (يمكنها أن تكون موروثة إلى حد ما) تمثل العوامل الأساسية في الفصام، كما هو الحال في الأمراض الجسدية أيضاً. مشاعر الذنب أو الخجل ليست مبررة عندما يتعلق الأمر بمرض كالكسري. وكذلك الأمر في الفصام، فلا داع للخجل والشعور بالذنب.

= في حال كون الإقامة في المستشفى لازمة فإنه تسير اليوم بشكل مختلف عما كان مألوفاً في السابق. فهناك اختبارات تشخيصية وأدوية مناسبة. وكثير من المرضى الذين يدخلون المستشفى يستطيعون العودة لمنزلهم ثانية، ويعودون لعملهم بمجرد أن يتغلبوا على الأعراض الوخيمة.

= على الرغم من أن الفصامين كانوا قد عانوا في أثناء يفوعهم من مشكلات مدرسية وفي علاقاتهم بالآخرين فإن العدد الأكبر من الأطفال لا يمرض بهذا الاضطراب. غير أنه على الوالدين أن ينتبها إلى التغيرات في نشاطات ومزاج أولادهما ويحصلوا على استشارة من المتخصصين إذا ما استتجوا وجود تغيرات شديدة.

= يمكن للإرهاق وكثرة الإغراق بالمشيرات أن تسهم في أن تزداد الأعراض سوءاً بشكل مفاجئ. ينبغي للمحيط المهني والمنزلي أن يكونا خاليان من عوامل الإرهاق غير الضرورية.

= على الرغم من أن المرض غير قابل للشفاء فإنه يمكن مساعدة المريض بالفصام في حالات كثيرة. فهناك طائفة من الأدوية التي تخفض من الأعراض الكثيرة أو تزيلها. كما وتساعد الأمور الأخرى كالإرشاد وإعادة التأهيل. وعند توفر العلاج المستمر والتوقعات الواقعية يمكن للمرضى أن يعيشوا حياة فاعلة ومنتجة.

= تعد الأبحاث المستمرة بتقديم باتجاه تحسين فهم المرض وطرق العلاج الفاعلة.

1.4.5- الإقامة طويلة الأمد في المستشفى

لا يمكن التفكير بالنسبة لبعض المرضى بالمساكن أو الحياة ضمن أسرهم على الإطلاق. حتى مع العلاج الدوائي لا يكونوا قادرين على الاندماج في برامج إعادة التأهيل أو تكون أعراضهم شديدة إلى درجة أنهم يزعجون حياة الآخرين. فبالنسبة لهؤلاء المرضى غالباً ما يكون من أجل مصلحتهم تقديم الرعاية لهم في محيط حامي ومنظم، يستطيع تقديم المساعدة لهم على مدار الساعة.

صفحة زوجية فارغة

يوضع بدلا عنها صفحة بيضاء عند الطباعة النهائية.

الفصل الرابع

اضطرابات الشخصية

1- مدخل

يشترك عديد من الناس في بعض السمات أو الصفات العامة. فهم إما مرحون أو ودودين أو خجولين أو اجتماعيين أو منظمين أو ملتزمين...الخ. ومع ذلك يمتلك كل إنسان خصائص وصفات تميزه عن غيره في أسلوب تفكيره وتصرفه وإحساسه وإدراكه وردود فعله. إن التركيبة التي تتجمع أو تنتظم فيها هذه الصفات أو السمات تكوّن تشكيلة فريدة من الانفعالات والأفكار والتصرفات، التي تطلق عليها في علم النفس تسمية الشخصية. فالشخصية في النهاية كمفهوم ليست أكثر من تلك التشكيلة أو التوليفة الفريدة من المشاعر والأفكار والتصرفات التي لا يشترك فيها أي من الأفراد مع غيره. وعلى الرغم من أن كل فرد قد يشترك مع غيره كما أسلفنا بصفات عامة أو ببعض السمات، إلا أن الطريقة التي تتراكب فيها هذه السمات مع بعضها البعض مشكلة مع بعضها تشكيلة constellation لا يمكن أن تتكرر بين الأشخاص. فكما لكل شخص بصمة إبهام تميزه عن غيره ولا يشترك فيها مع غيره من الأشخاص، فإن الشخصية هي البصمة النفسية التي لا يمكن أن يشترك فيها أي شخص مع الآخرين، مهما بلغت درجة التشابه الظاهري.

تتيح الشخصية للإنسان في الحالة السوية النمو والنشاط والتلاؤم مع الحياة، ولكنها قد تتحرف لدى البعض فتصبح جامدة ومتحجرة. وبدلاً من أن تفتح لهم إمكانيات الاستجابة للمتطلبات الحياتية بمرونة، تسبب صفات شخصيتهم لهم أو أنماط شخصيتهم حياة مملوءة بالتعاسة والشقاء وتعيقهم عن مواجهة متطلبات الحياة

ومتغيراتها. وبدلاً من تشكل أنماط من الشخصية منمية للتكيف والتوافق تتطور لديهم أنماطاً مضطربة من الشخصية.

وبما أن اضطرابات الشخصية يمكن أن تشكل انحرافاً مرضياً للشخصية السوية لا بد بداية من التعرض لجوهر الشخصية من أجل فهم أفضل لمنشأ اضطراباتها.

2- المزاج والطبع

يتفق معظم المعالجين النفسيين على أنه ينبغي التفريق بين عنصرين فيما يتعلق بالشخصية: الأول هو المزاج Temperament والثاني هو الطبع⁽¹⁾ Character.

1- المزاج Temperament: عبارة عن استعداد وراثي وبيولوجي ومولود عند كل إنسان. وهكذا فبعض الناس هادئون بطبيعتهم (مزاجهم بالمعنى أعلاه) أو متزنون. وبعضهم الآخر يمتلك ميلاً طبيعياً نحو النشاط والحيوية ويمتلكون طاقة عمل خاصة. فالمزاج بهذا المعنى مظهر "مبرمج" وراثياً بشكل مسبق من مظاهر الشخصية.

2- الطبع (التطبع) Character: عبارة عن خاصية أو مظهر من مظاهر الشخصية يتم "تعليمه" مع الزمن. إنه تشكيلة نامية من نمط السلوك والتفكير والشعور، يتأثر بالبيئة التي يعيش فيها الإنسان، أي بالوالدين أو الأهل وأحداث الحياة والثقافة والعالم عموماً.

(1) على الرغم من اعتراضنا على ترجمة المصطلحين على هذا الشكل إلا أنه قد درج استخدامهما بهذا الشكل، بحيث يصعب علينا تعديل ترجمتهما بحسب المعنى الحقيقي لهما. وكنا نفضل لو ترجم مصطلح Temperament بالطبع وترجم مصطلح Character بالتطبع أو الخلق. إذ أن أصل الخاصية Temperament وراثي فهو طبع يولد الإنسان عليه. أما أصل الخاصية Character فهو بيئي، تربوي، تطبيعي أو تكييفي. وقديماً قالت العرب غلب الطبع التطبع للدلالة على أن تأثيرات السمات الوراثية تطفئ على تأثيرات السمات البيئية.

لا يمكن النظر لكلا المظهرين بصورة مستقلة ذلك أنهما يتبادلان التأثير مع بعضهما بعضاً. كلاهما يتأثر بالمحيط الذي يوجد فيه الفرد. حيث يمكن على سبيل المثال لرضيع عصبي أو متقلب بطبيعته أن يحقق درجة ما من الاتزان إذا نما في محيط أسري متسامح وهادئ. والطفل نفسه يمكن أن يصبح أكثر عصبية وإثارة إذا نما في بنية أسرية متوترة ومرهقة.

لقد افترض المعالجون النفسيون ولسنوات طويلة أن الشخصية تتطبع أو تتجلى في الطفولة وتظل ثابتة بعد ذلك. غير أن المعارف الحديثة تناقض هذه الفرضية. ويرى المعالجون النفسيون اليوم أن العلاقة المتبادلة بين المزاج والطبع علاقة مستمرة وأن نضج الشخصية عبارة عن عملية نمو تستمر مدى الحياة، إلا إذا تم كبح هذا النمو من خلال اضطرابات الشخصية أو تم تشويبه.

3- ما هي اضطرابات الشخصية وكيف تنشأ؟

يتم تشخيص اضطراب في الشخصية عند توفر النقاط التالية:

- 1- عندما يكون النمط الدائم من التفكير والسلوك والإدراك والمشاعر غير مرن وقليل التلاؤم.
- 2- وخصوصاً عندما يلحق هذا النمط الضرر في كفاءة الوظائف المهنية منها أم الاجتماعية.
- 3- أو عندما يقود إلى شكاوى (أوجاع) وخيمة.

ويعد التمييز بين نمط الشخصية واضطراب الشخصية مسألة درجة البروز أو التجلي. إذ يمكن لأنماط معينة من الشخصية أن تمتلك قواسم مشتركة مع اضطرابات الشخصية، وإن كانت أنماط الشخصية أقل تطرفاً. مثال ذلك يمكن لشخص يحب الوحدة ويستمتع بسماع الموسيقى أو بالقراءة ويفضل وجود صديق واحد على مجموعة أصدقاء أن يكون شخصاً "انعزالياً"، وليس بالضرورة أن

يعاني⁽¹⁾ من اضطراب في الشخصية. في حين أنه يمكن لشخص آخر لا يمتلك أصدقاء ويتجنب بشكل مقصود التواصل مع أقاربه ولا يهتم بالآخرين وليس له أي اهتمام بشيء ما، أي يعيش حياة انعزالية مطلقة، أن يوجد لديه اضطراب شخصية فصامانية Schizoid، أي ضرب من ضروب أنماط الشخصية "الانعزالية" المتطرفة وغير المتكيفة.

1.3- كيف ينمو اضطراب الشخصية

يبدأ الرضيع بعد الولادة مباشرة بعملية (سيرورة Process) التلاؤم مع البيئة المحيطة. ومن أجل أن يستمر الطفل بالبقاء في محيطه الخاص تتوفر لدى كل طفل على أساس استعداداته الوراثية، مزاجه وطبعه النامي "إستراتيجيته" الخاصة جداً في المواجهة. وفي غالبية الحالات ينمي الأطفال الأصحاء الذين يمتلكون أسرة سوية ومتوافقة بصورة جيدة ومحيطاً أسرياً قليل الإرهاقات نمطاً مرناً وقوياً من الشخصية يتيح له توكيد نفسه في العالم.

والأطفال الذين يمتلكون والدين مضطربين نفسياً أو ينمون في محيط مضطرب ومرهق، فإنهم يفعلون ما بوسعهم من أجل البقاء. فهم يحاولون عادة التلاؤم مع هذه المتطلبات والتوقعات غير الواقعية التي وجدوا أنفسهم مواجهين بها بمقدار ما يستطيعون. غير أن التلاؤم مع بيئة صعبة أن يسبب في بعض الأحيان شخصية مضطربة، ذات عتاد سيئ يعيق تلاؤمها الاجتماعي والمهني مع العالم الخارجي فيما بعد، ويصعب عليها توكيد ذاتها.

(1) من الخطأ استخدام مصطلح المعاناة من اضطراب في الشخصية والأفضل التحدث عن الأشخاص الذين يوجد لديهم اضطراب في الشخصية. الشخص الذي يوجد لديه اضطراب في الشخصية لا يعاني من اضطراب شخصيته في الواقع، وإنما المجتمع هو الذي عاني منها حسب تعريف كورت شنايدر لاضطرابات الشخصية. وفي الواقع فإن واحداً من معايير التفريق بين اضطراب الشخصية والاضطراب النفسي هي مقدار المعاناة الشخصية من الاضطراب. فالمرضى باضطراب القسر على سبيل المثال يعاني شخصياً من اضطرابه ويشعر أن ما يقوم به من أفعال غريب عنه وعن شخصيته. في حين أن الشخص الذي يوجد لديه اضطراب في الشخصية لا يشعر أن هذه السمة غير طبيعية لديه لأنها جزء من ذاته، ومكوناً أساسياً في شخصيته إلى جانب السمات السوية الأخرى وهو ما يسمى باتساق الأنا كوحدة متكاملة للسمات المرضية والسوية. ومن ثم لا يمكن تشخيصها إلا من المنظور الخارجي.

وبما أن غالبية الأطفال، حتى أولئك الذين ينمون ضمن ظروف خارجية سيئة جداً ينمون شخصية طبيعية وبعض الأفراد ينمون شخصية مضطربة، مع العلم أنهم قد نموا ضمن ظروف أسرية أو بيئية ملائمة - ظاهرياً على الأقل - يعتقد معظم العلماء بوجود استعداد بيولوجي لدى بعض الناس الذين يوجد لديهم اضطرابات في الشخصية، يصعب عليهم التأقلم مع إرهاقات معينة.

2.3- كيف تؤثر اضطرابات الشخصية على الحياة

يتم عادة تقويم صلاحية أو اضطراب الشخصية من خلال مجالات ستة أساسية هي الذات والعمل والعلاقات البين إنسانية والمشاعر والواقع وضبط الدوافع. ولكل إنسان في كل مجال من هذه المجالات أسلوباً خاصاً في التصرف والتفكير والإحساس يعكس نمط شخصيته أو اضطرابها.

وهذه المجالات هي:

1- مجال الذات:

يمكن أن تؤثر اضطرابات الشخصية على الأسلوب الذي ينظر فيه الإنسان لذاته ويفكر فيه حول نفسه ومشاعره التي يحملها حول نفسه.

مثال ذلك: يبالغ الأشخاص الذين يوجد لديهم اضطراب شخصية من النوع النرجسي بكفاءتهم. ويتوقعون أن يحظوا بالاهتمام باعتبارهم شيئاً مميزاً، على الرغم من أنهم لم يفعلوا شيئاً مميزاً بالأصل أو حتى جيداً يستحق هذا الاهتمام. وعلى العكس من ذلك تعوز على الأشخاص الذين يمتلكون نمطاً تعلقياً من الشخصية الثقة بالنفس، إنهم يتركون الآخرين يقررون عنهم ويكبحون قدراتهم ومواهبهم. وليس من المستغرب أن يصف الآخرون الأشخاص الذين يوجد لديهم هذا النوع من اضطرابات الشخصية "بالأغبياء" أو "غير الموهوبين".

2- مجال العمل:

يمكن لاضطرابات الشخصية أن تظهر من خلال الكيفية التي يؤدي فيها

الشخص عمله، والتي يتخذ بها قراراته ويتولى القيادة وينفذ التعليمات ويخطط ويستجيب للنقد ويتبع النظم ويعمل بها مع الآخرين.

مثال ذلك: يغلب أن يتردد الأشخاص الذين يوجد لديهم اضطرابات في الشخصية من النوع العدوانى - الكامن. إنهم يؤجلون الواجبات ويفوتون باستمرار المهلة المحددة. إنهم يعيقون الآخرين في تأدية عملهم من خلال عدم إنجاز نصيبهم من العمل المسؤولون عنه.

يوصف الشخص الذي يوجد لديه اضطراب في الشخصية من النوع القهري في اللغة العامية "حمار عمل" وفي اللغة الإنجليزية "حصان عمل workaholic"، حيث يولي هؤلاء الأشخاص مهنتهم وإنتاجيتهم الكثير من الوقت إلى درجة لا يعود فيها للفراغ والأصدقاء أي مكان في حياتهم.

3- مجال العلاقات بين إنسانية:

يمكن أن تؤثر اضطرابات الشخصية على نوعية العلاقة بالأشخاص الآخرين، إذ يمكنها أن تؤدي الصداقات وتمنع المعنى من إدارة حياة أسرية أو جنسية أو علاقات حب منتجة وصحية .

مثال ذلك: يقوم الأشخاص الذين يوجد لديهم اضطرابات شخصية فصامية⁽¹⁾ بأعمال لا يمكن تنفيذها إلا لوحدهم. فهم لا يسعون من أجل إقامة علاقات حميمة بالأصدقاء والأقارب ولا يسرون لذلك. بالمقابل فإن الأشخاص الذين يوجد لديهم اضطرابات شخصية من النوع الحدودي يقيمون علاقات بين إنسانية مكثفة ولكنها غير مستقرة. إنهم يكرهون الوحدة ويسعون بياس نحو تجنب الهجر الحقيقي أو المتخيل.

(1) ينبغي التمييز بين اضطراب الشخصية من الفصامية SCHIZIOIDE واضطراب الشخصية من النمط الفصامي SCHIZOTYPE.

4- مجال المشاعر:

يشمل هذا المجال من الوظائف المزاج ومشاعر الناس كالغضب والخوف والسعادة والحزن والقلق. واضطرابات الشخصية التي تؤثر على عالم المشاعر يمكن أن تؤثر على الكيفية التي يتقبل فيها الشخص النقد أو المديح وإلى أي مدى يشعر الشخص المعني بالارتباك بشكل عام.

مثال: لا يميل عموماً الأشخاص الذين يوجد لديهم اضطراب الشخصية من النوع القهري للتعبير عن مشاعرهم. إنهم قلما يمدحون الآخرين على أعمالهم ويتولد الانطباع عنهم لدى الآخرين بأنهم متكلفون (رسميون) أو جامدون (باردون). بالمقابل يعبر الأشخاص الذين يوجد لديهم اضطراب شخصية من النمط الهستيري عن انفعالات متطرفة ومفرطة وغير مناسبة على الأغلب.

5- اختبار الواقع (إدراك الواقع):

تتعلق الكيفية التي ندرك فيها العالم الخارجي ونستجيب له بنمط شخصيتنا. ووفقاً لذلك فإن اضطرابات الشخصية يمكن أن تشوه إدراك العالم الخارجي، مهما كان الأمر.

مثال: يمكن للأشخاص المصابون باضطراب شخصية من النمط الزوري (البارانويدي) أن يشعروا بالتهديد لأي ملحوظة أو حدث غير مهمين. إنهم يتوقعون من الآخرين باستمرار الإزعاج والانتقاص من قيمتهم. بالمقابل يتصف الأشخاص الذين يوجد لديهم اضطراب شخصية من النمط الفصامي Schizo type بقناعات خاصة. إنهم يميلون نحو التفكير "خرايف" يؤثر على سلوكهم. فهم على سبيل المثال يعتقدون دائماً بالخرافات.

6- ضبط الدوافع:

إن مدى تكيف الإنسان مع المعايير الاجتماعية وسيطرته على نفسه يتعلق بنمط شخصيته. يغلب للأشخاص الذين يوجد لديهم اضطرابات معينة في الشخصية أن يتصرفوا بصورة اندفاعية مفرطة، على الرغم من أنه من أصول التربية والمحيط أن يسيطر الإنسان على اندفاعاته.

والأشخاص الذين يوجد لديهم اضطراب في الشخصية من النمط الحدودي يظهرون في الغالب ميلاً واضحاً للتبذير الاندفاعي والعلاقات الجنسية غير الشرعية Sexual Promiscuity، وسوء استهلاك العقاقير ونوبات التهام يصعب السيطرة عليها. ويغلب للأشخاص الذين يوجد لديهم اضطراب شخصية لا اجتماعية أن يشتركوا بأعمال مخالفة للقانون، كالتخريب المتعمد للممتلكات العامة Vandalism والسرقة والعنف الجسدي. إنهم يورطون أنفسهم في مشكلات بسبب سلوكهم الاندفاعي المتطرف لأنهم يميلون نحو العنف الجسدي والعراك بما في ذلك سوء معاملة الشريك والأطفال (الغبين الجسدي للأطفال).

4- أشكال اضطرابات الشخصية

عبر عقود طويلة من السنين استطاع علماء النفس والمعالجون النفسيون تطوير طرق متنوعة لوصف وتصنيف أنماط الشخصية. فمن أجل وصف السجيا المسيطرة في نمط من الأنماط استخدموا مفاهيم مثل "منبسط extraverted" أو "منطو introverted"، في حين أن بعضهم الآخر وضع منظومات تفصيلية لتصنيف أنماط الشخصية غير المتكيفة. وبمساعدة هذه الطرق يمكن تقويم الفرد استناداً إلى الأبعاد Dimensions المقاسة، على نحو حب النظام، والانفعالية والشك والاندفاعية والاجتماعية.

ويستند التصنيف الراهن لاضطرابات الشخصية إلى نظام "فئوي Categories"، أي أنه يتم تحديد عدد محدود من النمط الأساسي المضطرب. وفي هذه المنظومة التصنيفية الجديدة التي طورها في جزئها الأكبر الأطباء النفسيون، والتي صممت من أجل التشخيص السريع أو السهل للمرضى ومن أجل الأغراض البحثية، يتم التفريق بين أحد عشر اضطراب من اضطرابات الشخصية المصنفة. كما تم اقتراح اضطرابين آخرين من أجل البحث العلمي. ويمكن أن يتم عند مريض ما تصنيف اضطراب شخصية وحيد، كما يمكن أن يكون هناك خليط متدرج الشدة من اضطرابات الشخصية. وفيما يلي عرض لهذه الأنواع من الاضطرابات.

1.4- اضطرابات الشخصية الزوربية

السمة الأساسية المميزة للأشخاص الذين يوجد لديهم اضطراب شخصية زوربية (بارانويديية Paranoid) التوقع الدائم أن الآخرين ينتقصون من قيمتهم، أو يحاولون إلحاق الأذى بهم أو تهديدهم. يغلب لهؤلاء أن يكونوا غيورين (حاسدين) ويشكون دون أي سبب واضح بإخلاص وصدق الزوج أو الزوجة والأصدقاء. يكون هؤلاء الأشخاص مفرطوا اليقظة والانتباه (صاحون) وينزلقون بسرعة في الحنق. ويعتبرون أنفسهم مشهورين ولا يتسامحون مع أي سلوك يشعرون أنه مهين لهم أو حاط من قيمتهم. هؤلاء الأشخاص لا يثقون بالآخرين لأنهم خائفين دائماً من أنه يمكن أن يتم استغلال أية معلومة ضدهم يغلب لهؤلاء الأشخاص بهذا النوع من اضطراب الشخصية أن يعانون من صعوبات في العمل.

2.4- اضطرابات الشخصية الفصامانية

يتمركز التضرر الشديد لدى الأشخاص الذين يوجد لديهم اضطراب الشخصية الفصامانية في مجال العلاقات البين إنسانية. هؤلاء الأشخاص انفراديون أو انعزاليون بالمعنى المتطرف. إنهم يفضلون دائماً القيام بتلك الأعمال التي يمكن للشخص وحده أن يقوم بها، ولا يتدخل بها الآخرون. لا يرغب هؤلاء الأشخاص بأية علاقة وثيقة ولا يسرون بذلك. إنهم عادة لا يمتلكون أصدقاء حميمين ولا موثوقين.

الأشخاص الذين يوجد لديهم اضطراب شخصية فصامانية يرفضون أفراد أسرهم ومن النادر أن يقيموا علاقة حب أو يتزوجوا. ويبدو هؤلاء الأشخاص للآخرين باردين وغير قريبين من القلب ومتكبرين. من النادر جداً أن يجهروا بانفعالات عنيفة كالحنق أو الفرح.

مثال حالة: يبلغ وحيد من العمر 26 سنة. وحتى هذه السن لم يقم أية علاقة مع أي إنسان. فلم يكن له أي صديق حميم ولا علاقة حب مع امرأة. وبعد ضغط شديد من والديه قبل بالزواج من فتاة من قرية جداً بيئته الثقافية. كان عمر الفتاة 19 سنة وقد نشأت في بيت متزمتة دينياً ولم تكن تخرج من المنزل إلا فيما ندر ولم يكن لها أية خبرة بالرجال على الإطلاق. وقد توقعت هذه الفتاة أن يتقبل خطيبها المتكتم

والبارد عائلتها ويقدرها ويسعد باللقاء بهذه العائلة الكبيرة. غير أنه بعد الزواج رفض المشاركة في المناسبات الاحتفالية والاجتماعية للأسرة، وحتى مجرد زيارتهم. بل أنه أصبح يتجنب زوجته وخصوصاً عندما كانت ترغب بالتقرب منه انفعالياً أو جنسياً. وكان أفضل ما يشعر به عندما يمارس عمله الذي كان يمارسه والمتمثل في برمجة الكمبيوتر، حيث كان بارعاً فيه. وكان يشعر بالراحة طالما تركه المرء بحاله في عمله. بعد سنوات خمس من الزواج أدركت الزوجة أن زوجها لن يتغير أبداً. بعد نقاشات طويلة ومديدة تمكنت من إقناعه اللجوء إلى العلاج الزوجي. توصلنا مع بعضهما إلى أن الحل الأمثل بالنسبة لهما هو الطلاق. وفي حين مثل الطلاق بالنسبة لها حالة انفعالية قاسية وخبرة مؤلمة بدا الطلاق بالنسبة له تحرراً كبيراً وكأنه حمل أزيح عن ظهره. ومنذ ذلك الحين لم يعد والداه يلحان عليه بالزواج على الإطلاق.

3.4- اضطرابات الشخصية من النوع الفصامي

يميل الأشخاص الذين يوجد لديهم مثل هذا النوع من الاضطراب إلى أفكار منحرفة أو غريبة، ويكون تفكيرهم "خرافياً"، على نحو الاعتقادات الغيبية المتطرفة وإلى الإدراكات الخارقة، كرؤية الأشباح، أو الاعتقاد بقدرتهم على التحكم بالظواهر أو على معرفة ما يفكر به الآخرون أو قدرتهم على التنبؤ بالأحداث التي ستحصل، كما ويميلون إلى أنماط غريبة من السلوك. بالإضافة إلى ذلك يعانون من خوف اجتماعي شديد ومن ثم فهم يتجنبون المواقف التي عليهم فيها أن يحتكوا بأناس غرباء.

يعيش مثل هؤلاء الأشخاص حياة منعزل. ليس لديهم أصدقاء، أو أن لديهم عدداً محدوداً منهم. ويكونوا شكاكين بالمواقف والأشخاص في محيطهم. ويمكن أن تصدر عنهم تصرفات غير مناسبة في المواقف الاجتماعية بسبب تفكيرهم الخرافي لأنهم يعيشون في نظام معتقدات قوي ومتضخم خاص بهم ولا يهتمون بالمعايير السلوكية الثقافية السائدة.

4.4- اضطرابات الشخصية الاجتماعية

التسمية القديمة الشائعة لهذا الاضطراب "السيكوباتيا أو السوسيوباثيا Psychopathia or Sociopathia". وتعد عدم القدرة الحفاظ على المعايير الاجتماعية أو الالتزام بقواعد المجتمع المشكلة الأساسية للأشخاص الذين يوجد لديهم اضطراب شخصية من النمط الاجتماعي anti social Personality Disorder.

يمتلئ هؤلاء الأشخاص بمشاعر الحقد والاحتقار والمعارضة لكل المعايير والقيم الاجتماعية المقبولة والشائعة في المجتمع. وليس من النادر أن ينزلقوا في صراع مع القانون. إنهم سريعو التوتر وعدوانيون ويدخلون مراراً في عراكات. وكثير منهم ما يتعرض للمسائلة القانونية بسبب ما يلحقونه من أذى جسدي بما في ذلك بسبب ما يلحقونه بالأطفال أو بزوجاتهم من أذى، ومع ذلك فهم قلما يشعرون بتأنيب الضمير أو بالندم على ما يقومون به من أفعال.

ومن ضمن ملامح الشخصية هؤلاء كذلك عدم سدادهم للديون وعدم الالتزام بالواجبات المالية الأخرى، كالضرائب أو دفع الفواتير أو أجرة البيت أو ما يشبه ذلك. وغالباً ما يصعب إيجادهم، أي أنهم يغيرون مكان سكنهم بين الحين والآخر دون إعلام الآخرين بمكان سكنهم.

ويعد التبذير سمة أخرى من سمات هؤلاء. وفي العمل تكون انتاجيتهم ضعيفة، ويتغيبون عن العمل دون سبب واضح، أو يتركون العمل دون أن يكون لديهم تصورات واضحة عما سيفعلونه.

أما الكذب فهو السلوك الغالب الذي يمكن لنا ملاحظته عند الأشخاص الذين يوجد لديهم اضطراب شخصية لا اجتماعية. ولا يندر هؤلاء أن يظهروا عدم احترام عديم الضمير لأنهم وأمن الآخرين. فإذا كان لديهم أطفال مثلاً يمكن أن يحدث أن يسيئوا معاملة أطفالهم أو يهملوهم. وأخيراً من النادر جداً هؤلاء الأشخاص أن يستمروا في علاقة أحادية monogamies⁽¹⁾ لأكثر من سنة ويندر جداً أن يخلصوا في حبهم.

(1) علاقة زوجية أو علاقة حب لشخص واحد.

5.4- اضطرابات الشخصية الحدودية

يتميز اضطراب الشخصية الحدودية Borderline بتأرجحات المزاج وعلاقات بين إنسانية مشوشة chaos ومفهوم ذات متذبذب. والأشخاص من مثل هذا النوع من الاضطراب غالباً ما ينزلقون في حالات اكتئابية عميقة أو قابلية للإثارة أو القلق التي تستمر بين الساعات العدة إلى بضعة أيام. وينزلقون غالباً في نوبات غضب دون سبب واضح، ويصعب عليهم السيطرة على غضبهم، بحيث أنهم غالباً ما ينزلقون في عراك لفظي أو جسدي.

علاقاتهم مكثفة وغير ثابتة وتتأرجح هذه العلاقات بسرعة ودون توقع بين الالتزام العميق واللامبالاة الباردة. ويغلب لهؤلاء الأشخاص أن يلحقوا الأذى بأنفسهم وبصورة هدامة. إنهم يتجنبون بيأس الهجر الحقيقي أو المتخيل. ويغلب لهم أن يهددوا بالانتحار أو حتى يقومون بمحاولات انتحارية من أجل دفع شخص ما نحو القيام بردة فعل ما أو كي ينتقموا منه.

يصعب عليهم السيطرة على دوافعهم. ويغلب أن تكون لهم علاقات جنسية متبدلة ولا يقومون بإجراءات وقائية تجاه الأمراض أو تجاه الحمل. ويغلب أن يفقدوا السيطرة على مصروفهم وتناولهم للطعام (نوبات أكل)، يقودون دون حذر ومراعاة للآخرين ويميلون للسرقة الاندفاعية من المحلات. ويشير المعنيون إلى أنهم يشعرون "بالخواء" و"الملل". ويمكن أن يقوموا بجرح أنفسهم بصورة مقصودة.

يعاني هؤلاء الأشخاص كذلك من اضطرابات في الهوية تنعكس على الأقل في اثنين من المجالات التالية:

- 1- مجال مفهوم الذات
- 2- التوجه الجنسي.
- 3- قيمهم طويلة الأمد.

بكلمات أخرى يمكن القول إن هؤلاء الأشخاص لا يعرفون في المجالات الأساسية من يكونوا أو ما الذي يريدونه. وتكون العاقبة أنهم يبدون بأنهم غير

قادرين على السير في طريق حياة طبيعي وأن ينضجوا بالتدريج دون أن يكون لديهم شعوراً متعمقاً بوجود ارتباط أسري ومحيط مقبول من الصداقات الوثيقة ومهنة سعيدة.

6.4- اضطرابات الشخصية الهستيرية

يميل الرجال والنساء الذين يمتلكون اضطراباً من النوع الهستيري في الشخصية إلى الانفعالية المتطرفة. إنهم يبدون دائماً أشد حنقاً أو أكثر فرحاً أو أكثر حزناً مما يتطلبه الموقف الحقيقي من انفعالات. كما ويشهد المعنيون تبديلاً سريعاً في تعابيرهم الانفعالية.

ويكونون في أسعد أوقاتهم عندما يحتلون مركز انتباه الآخرين، أي عندما يكونوا نجوم الجلسة، ويسعون دائماً للحصول على التقدير والاعتراف والمدح. وغالباً ما يهتموا بإفراط بمظهرهم الخارجي ويتصرفون طبقاً لذلك بطريقة إغرائية ومثيرة جنسياً لجذب الآخرين. إنهم متمركزون حول الذات ويطلبون دائماً الإشباع الفوري للرغبات. ويميلون إلى أسلوب فياض أو غامر في التعبير، تنقصه التفاصيل. فعن السؤال حول "كيف كانت عطلتك؟"، يمكن أن يجيب الشخص الذي يوجد لديه اضطراب في الشخصية من النوع الهستيري "خلابة" أو "رائعة" دون محاولة برهان ذلك من خلال معلومات أخرى.

7.4- اضطرابات الشخصية النرجسية

إن العنصر الملفت للنظر في اضطراب الشخصية النرجسية هو التعجرف والنقص في التعاطف وفرض الحساسية تجاه آراء الآخرين. ويبالغ النرجسيون في إنجازاتهم وميزاتهم ومحاسنهم ويتوقعون من الآخرين أن يعترفوا لهم بالجميل بصورة خاصة، سواء كان هذا الاعتراف مبرراً أم غير مبرر. ويستحوذ عليهم وهم النجاح والسلطة والجمال والتألق أو "الحب المثالي".

إن الأشخاص الذين يوجد لديهم اضطرابات نرجسية في الشخصية غالباً ما يمتلكون مشاعر مزعزعة بالقيمة الذاتية، وتعتبر آراء الآخرين حولهم مهمة جداً لهم.

وهم يستجيبون لأقل نقد سلبي بالغضب والخجل أو بمشاعر من والمهانة أو الإذلال، على الرغم من أنهم يستطيعون إخفاء ذلك وعدم إظهاره. وغالباً ما يسعون من أجل الحصول على إطراء ومديح الآخرين.

وغالباً ما تعاني علاقاتهم البين إنسانية من سلوكهم. فهم حاسدين مزمنين للناس الذين يعتبرونهم أنهم أكثر نجاحاً منهم. والشخصية النرجسية تميل لاستغلال الآخرين ويستخدمون الآخرين جسراً لتحقيق أهدافهم الخاصة. بالإضافة إلى ذلك فإنهم قلما يكونون متعاطفين مع الآخرين أو حساسين لهم ويمكنهم أن يمتثلوا بالغيظ من صديق لهم الذي يعتذر مثلاً عن تنفيذ برنامج مشترك معهم بغض النظر عن الأسباب.

مثال على ذلك الجراح الناجح جداً الذي قدم للعلاج النفسي، عندما هددته زوجته بالطلاق. فقد كان أسلوبه المتكبر والمتعجرف والمستبد في التصرف سواء في المهنة أم في البيت غير مدرك بالنسبة له. وأخيراً أثار غضب رئيسه في العمل وتمت إقالته. وساءت حياته الأسرية. ودخل ابنه المستشفى بسبب الكحولية والآخر بسبب الاكتئاب. وحملته زوجته ذنب انهيار الأسرة. غير أنه شعر بأنه قد أساء فهمه وأن الآخرين لا يقدرونه حق قدره، لأنه قد أمن للأسرة دخلاً كبيراً وصنع لزوجته وأولاده حياة فخمة.

8.4- اضطرابات الشخصية غير الواثقة بنفسها

يتوق الأشخاص الذين يوجد لديهم اضطراب في الشخصية من نمط غير الواثق بنفسه إلى التقبل الاجتماعي وغالباً ما يعانون من قصور كفاءاتهم في بناء علاقات مقبولة بالآخرين. إنهم قلقون حول الكيفية التي يستجيب بها الآخرون بحيث أنهم لا يكونوا مستعدين الدخول في علاقة إلا عندما يكونوا واثقين بأنهم سيكونون مقبولين ومرغوبين. الأمر الذي يقود إلى أنه يندر لهم أن يمتلكوا علاقة حميمة وموثوقة خارج نطاق أفراد أسرهم. بالإضافة إلى ذلك فإنهم يتجنبون المواقف التي تقوي لديهم عدم ارتياحهم الاجتماعي.

ويظهر عند الأشخاص الذين يوجد لديهم اضطراب في الشخصية من نمط غير

الواثق بنفسه خجلاً عاماً. ففي أثناء الوجود مع جماعة من الأشخاص يظلون صامتين عادة لخوفهم من أن يقولوا شيئاً يأخذ فيه عنهم الآخرين فكرة أنهم أغبياء أو إن ما يقولونه ليس في مكانه. ويسهل أن يشعروا بالأذى (الانجراح) نتيجة النقد أو اللوم، ويخافون من أن يفضحوا أنفسهم أمام الملاء.

ويفضل هؤلاء الأشخاص التمسك بعاداتهم المصقولة. ويميلون إلى المبالغة بالمخاطر التي يمكن أن تظهر فيما لو خرجوا عن طقوسهم المألوفة. وعليه فيهم قد يرفضون الدعوة للمشاركة في احتفال ما سيحدث في مكان بعيد وغير مألوف لهم من المدينة لخوفهم من أن يظلوا طريقهم ويضيعون المكان لأنهم لا يعرفون المكان مثلاً.

مثال حالة: تشعر سيدة متشائمة تبلغ من العمر 38 سنة، بمخاوف عارمة ودائمة. كانت تتوق لأن تكون مقبولة اجتماعياً، غير أن السؤال الملح عليها: ما الذي عليها أن ترتديه وماذا عليها أن تقول وكيف عليها أن تتصرف، جعلها تظل أسيرة البيت في النهاية. وعندما كانت تشارك في مناسبات اجتماعية تفرضها طبيعة عمل زوجها كانت تظل ملاصقة لزوجها ولم تنبس بنبت كلمة بسبب خجلها وارتباكها. ومع ذلك فقد كانت تحلم باستمرار بحياة اجتماعية منفتحة وأن تكون محبوبة ومقبولة من الآخرين. كانت تقنع نفسها باستمرار بأنها في يوم من الأيام وعندما يكبر الأولاد فسوف تتشجع وسوف تصبح حياتها غنية وممتلئة. ولكن في الواقع لم تكن حياتها تسير إلا على نفس الصورة والسكة. فهي لم تغادر الحي الذي تعيش فيه إلا بمرافقة زوجها فقط.

9.4- اضطرابات الشخصية التعلقية

السمة الرئيسية لاضطراب للشخصية التعلقية هو النمط الدائم من السلوك التعلقي والخضوعي. فالأشخاص الذين يعانون من مثل هذا النوع من الاضطراب لا يستطيعون اتخاذ قرار في حياتهم اليومية من دون أن يستشيروا الآخرين فيما يفكرون ويباركوا له خطوته. والمتزوجون الذين يوجد لديهم هذا الاضطراب يتركون لشريكهم اتخاذ القرارات عنهم في كل تفاصيل صغيرها وكبيرها.

وبما أنهم يشعرون بالضيق الشديد إذا ما كانوا مضطرين للاعتماد على أنفسهم يركز هؤلاء على تجنب الوحدة. إنهم يحزنون بشدة عندما تنتهي علاقة حميمة، لأنهم يمتلكون خوفاً متجذراً من الهجر.

قلما يبادر الأشخاص الذين يوجد لديهم اضطراب شخصية من النوع الاعتمادي بمشروع ما أو عمل ما. وبدلاً من ذلك يتبنون دائماً مخططات الآخرين وأفكارهم، ويتولون بإرادتهم القيام بالمهام التي لا يرغب الآخرون القيام بها آملين الحصول على اعتراف الآخرين أو على الأقل لتجنب رفض الآخرين لهم.

من المحتمل لغالبية اضطرابات الشخصية من النوع التعلق أن تنجم عن "علاقة أمومية راعية". والمثال التالي يوضح ذلك:

ما زال محمود البالغ من العمر 47 سنة يعيش مع أمه التي ما زالت تختار له ملابسه وطعامه وأصدقائه. وكان باستمرار يتجنب اتخاذ أي قرار مهم. وبما أن أي من الفتيات اللواتي كان من الممكن أن يتزوج بهن لم تعجب أمه ظل طوال هذه الفترة عازباً. وبقي طوال هذه السنوات يمارس العمل نفسه وكان يعمل بجِد وإخلاص. وقد عرف عنه الأمانة وعدم الإلحاح ولم يتخذ في يوم من الأيام أية مبادرة ومن ثم لم تطله أية ترقية. وفجأة توفيت أمه، الأمر الذي جعله يغرق في اكتئاب عميق. فظل لأشهر عدة يعاني ويعب عليه الاستيقاظ صباحاً وارتداء ملابسه وتناول الإفطار والذهاب للعمل. وعانى من صعوبات في الهضم. وعندما راجع المستشفى لإجراء الفحوص نمت بينه وبين الممرضة التي كانت تهتم به وتكبره بخمس عشرة سنة علاقة وثيقة، وبعد أشهر ثلاثة تزوج. وتولت زوجته القيام بكل الأدوار التي كانت أمه تقوم بها. ومن ثم عادت حياته للتوازن كما كانت من قبل.

10.4- اضطرابات الشخصية القهرية

يتصف الأشخاص الذين يوجد لديهم اضطراب شخصية من النوع القسري بنمط واضح ودائم من النزعة الكمالية Perfectionism والجمود. وتعيق حاجتهم لفعل كل شيء بصورة مطلقة الكمال إلى درجة أنهم قلما يستطيعون من إنهاء أي عمل يقومون به.

ويحتل العمل والإنتاجية في حياة هؤلاء الأولوية المطلقة مقابل الراحة والاستمتاع. وقلما يأخذون إجازة ولا يجيزون لأنفسهم الاسترخاء أو الراحة، ويعتبرون "مدمنو عمل".

وبما أنهم يخشون ارتكاب الأخطاء فإنهم يتجنبون اتخاذ القرارات. وعدم قدرتهم على التقرير فيما يتعلق بمسألة أي من الأشياء يمكن أن تكون مهمة من أجل الاحتفاظ بها وأنها ليست كذلك تدفع بهم إلى الاحتفاظ بكل شيء وتجميعها. الأشخاص الذين يوجد لديهم هذا النوع من الاضطراب دقيقون جداً. ويسرهم إطلاق الأحكام على أنفسهم وعلى الآخرين. ومن الناحية المادية والانفعالية فهم بخلاء ويبدون للآخرين جامدين.

11.4- اضطرابات الشخصية العدوانية - الكامنة

يقاوم الأشخاص الذين يوجد لديهم اضطراب الشخصية من النوع العدواني الكامن بشكل سلبي وغير مباشر المطالب الاجتماعية والمهنية الملقاة على عاتقهم. وترجع تسمية هذا الاضطراب إلى أن هؤلاء الأشخاص يعبرون عن عدوانيتهم بطريقة كامنة أو سلبية.

وتتجلى مقاومة هؤلاء الأشخاص في أنماط من السلوك على نحو التراخي "التبلة" والعناد وعدم الكفاءة المقصودة و"النسيان". وغالباً ما يعيقهم سلوكهم عن إنجاز ما هو ملقى على عاتقهم من العمل. وعندما يطلب منهم أحدهم إنجاز عمل ما ليس لهم رغبة فيه تظهر عليهم العصبية والتوتر. إنهم دائمي الشكوى للآخرين من المهمات "غير المعقولة" الملقاة على عاتقهم ويردون بانتقاد مستعمر أو باحتقار على رؤسائهم الذين يطرحون عليهم هذه المطالب.

12.4- اضطرابات الشخصية المؤذية لنفسها

يميل هذا النوع من الأشخاص إلى أنماط من السلوك تلحق الأذى بهم، تطلق عليها أحياناً تسمية التصرفات المازوخية. وعليه فهؤلاء الأشخاص يدخلون في علاقات ذات نهايات مؤلمة أو مخيبة على سبيل المثال. إنهم في العادة لا يهتمون بالناس الذين

يعاملونهم معاملة طيبة وجيدة ويشعرون بالمقابل بالانجذاب للأشخاص الذين يرفضونهم. هؤلاء الأشخاص يضيعون مراراً كل فرص الراحة والتقدم ويكونوا مستعدين لكل التضحيات المؤلمة جداً وغير العادية. مثل هؤلاء الأشخاص لا يتعلمون من الخبرات الشخصية الإيجابية. وبدلاً من ذلك يستجيبون باكتئاب ومشاعر ذنب أو يغرقون في أمر يسبب لهم الألم من أجل تعويض الخبرات الإيجابية. وربما يعكرون بأنفسهم بشكل لا شعوري فرحة الأشياء الجميلة التي تحدث معهم من خلال ارتكابهم المقصود للحوادث مثلاً التي يمكن أن تقود للأذى الجسدي أو لإلحاق الأذى بممتلكاته. لا يستطيع هؤلاء الأشخاص على الأغلب القيام بالمهام التي يمكن أن تساعد في تحقيق أهدافهم الشخصية، وبدلاً من ذلك يقضون وقتهم في مساعدة الآخرين على تحقيق أهدافهم. بالمقابل يرفضون عروض المساعدة التي يقدمها لهم الآخرون. غالباً ما يحرمون الأشخاص المقربين منهم من التعاطف معهم على تعاستهم التي يسببونها لأنفسهم وعلى تضحياتهم المبالغ بها. إلا أن ردود الأفعال السلبية للآخرين تقع على الأشخاص الذين يوجد لديهم اضطراب الشخصية المؤذية لنفسها موقع الصاعقة.

13.4- اضطرابات الشخصية السادية

السمة الأساسية لهؤلاء الأشخاص هي السلوك العدواني والعنيف والقاسي تجاه الآخرين. وغالباً ما يتصرف المعنيون بسادية من أجل تحقيق السيطرة في علاقاتهم الشخصية على الآخرين. ويحافظ هؤلاء على السيطرة على الآخرين من خلال وسائل تتراوح بين الرعب والإرهاب اللفظي وصولاً إلى سوء المعاملة الجسدية. وغالباً ما يستمتع هؤلاء بإيذاء ضحاياهم أو إهانته. وفي الغالب يقيدون حرية الأشخاص القريبين منهم، كالزوج الذي يرفض أن تخرج زوجته من المنزل دون مرافقته أو الذي يجعل زوجته تنام على الأرض في حين ينام هو على السرير، أو الذي يمنعها من تناول الطعام. الأشخاص من هذا النوع غالباً ما يكونوا مولعين بالأسلحة وأدوات التعذيب والتصفية الجسدية.

5- علاج اضطرابات الشخصية

يمكن لاضطرابات الشخصية أن تعيق حياة المعنيين . ومع ذلك فالأشخاص الذين يعانون من اضطرابات في الشخصية لا يلجئون للعلاج في العادة إلا بعد أن يتجلى لهم عجزهم عن إنجاز أمر ما في مجالات عدة من الحياة على نحو التعامل مع ذاتهم، في العمل، في علاقاتهم الشخصية، في مشاعرهم، في إدراكهم للواقع، في سيطرتهم على اندفاعاتهم، وبعد أن يلقوا بأنفسهم أو بالمقربين بهم في التهلكة ويسببون المعاناة. وحتى في هذه الحالة فإنهم هم أنفسهم لا يدركون اضطرابهم وإنما المحيطين بهم هم الذين يستنتجون بأنه لا بد من ضرورة العلاج. وبما أن اضطرابات الشخصية تمثل أو تعتبر طوال الحياة من السمات الأساسية للطبع والسلوك فإن المعنيين غالباً ما لا يتعرفون بأن سماتهم هي المسؤولة عن فشل علاقاتهم وإخفاقهم في حياتهم، بل أنهم يميلون نحو تحميل الآخرين مسؤولية ما يحصل لهم من مشكلات.

ولا يوجد اتفاق بين المتخصصين حول شكل العلاج الواعد بالنجاح في اضطرابات الشخصية. ويعزى هذا الأمر إلى حد ما إلى صعوبة تعديل مثل هذا النوع من نمط السلوك "المتجذر" وغير المرن والمضطرب. ومع ذلك يمكن في أشكال كثيرة من الاضطرابات المذكورة تحقيق تحسن. ويتعلق نوع العلاج أو شكله بنوع الاضطراب.

يمثل التحليل النفسي والعلاج الدوائي والاستعرا في الأشكال الرئيسية الثلاثة المستخدمة في علاج اضطرابات الشخصية. أما الهدف من العلاج فهو التخلص من الأضرار الناجمة عن الاضطراب والتخفيف من المشاعر المؤلمة والمزعجة.

1.5- العلاج ذو الاتجاه التحليلي

يركز العلاج النفسي المتمركز حول التحليل النفسي على نيش جذور السمات غير الملائمة من الشخصية وعلى مواجهة عواقبها. يعرض المعالج في البداية على المريض التأثيرات السلبية لشخصيته على الآخرين وعليه هو نفسه من حيث أعاققتها له على تحقيق حياة غنية. وتتألف الخطوة الثانية من جعل المريض بتولي مسؤولية هذه السمات السلبية وفهم منشؤها وتنمية أنماط سلوك منمية للتكيف. يمكن أن يتم

العلاج بشكل فردي في جلسات يبلغ عددها خمسة في الأسبوع، ويمكن أن تكون جلسات زوجية (العلاج الزوجي) أو علاج ضمن المجموعة.

2.5- العلاج النفسي الدوائي

يجري العلاج الدوائي في العادة ضمن إطار العلاج النفسي. وفي العلاج الدوائي يركز المعالج على أعراض أو متلازمات محددة. ويمكن لهذه الأعراض أو المتلازمات أن تكون تجليات أو تشيبتات لاضطرابات محددة للشخصية أو لاضطراب نفسي آخر، يرتبط باضطراب الشخصية. ومن الأهداف النفسية لاستخدام الدواء يمكن الإشارة إلى:

- 1- تخفيض فقدان القصير للاتصال بالواقع.
- 2- تخفيض التوتر أو القلق أو الرعب أو الاكتئاب.
- 3- تثبيت الاندفاعية وتأرجحات المزاج.

ويتم وصف الأدوية النفسية نفسها التي يتم وصفها في الاضطرابات النفسية الشديدة، كالمعقلات (مضادات الذهان) Anti psychotica، ويتم وصفها عادة بجرعات قليلة جداً، ومضادات الاكتئاب ومضادات القلق، والليثيوم، الذي يثبت للمزاج (بالجرعة العلاجية الكاملة، وأحياناً يتم وصف أدوية مضادة للتشنج. ويعد البحث عن الأسباب البيولوجية الممكنة لبعض اضطرابات الشخصية على نحو اضطراب الشخصية الحدودية بإمكانية تحسين استخدام العلاج الدوائي لعلاج الأعراض. ففي اضطراب الشخصية الحدودية يبدو وجود أساس بيولوجي لعدم الاستقرار في ضبط الدافعية والمزاج.

3.5- العلاج الاستعرافي

في العلاج الاستعرافي السلوكي يحدد المعالج بداية جذور أنماط التفكير والسلوك الكامنة خلف مشكلات المريض. بمعنى آخر يملك المريض مجموعة من الفرضيات الأساسية فيما يتعلق بذاته وبالأخرين تقوده إلى سلوك غير متلائم. وهذا السلوك غير المتلائم يقوم بدوره بتعزيز وتقوية الفرضيات التي يحملها الإنسان عن

نفسه. فالشخص الذي يعاني من اضطراب في الشخصية غير الواثقة بنفسها على سبيل المثال قد ينطلق من الفرضية الخاطئة القائلة: إن الناس الذين يحبون بعضهم بعضاً أو يودون بعضهم، يظلون دائماً على وفاق مع بعضهم ولا يختلفون أبداً أو ينتقدون بعضهم. وعندما يقوم شخص ما مهم بالنسبة للشخص الذي يعاني من اضطراب في الشخصية من نوع غير الواثق من نفسه بإهمال أو انتقاده فإنه سرعان ما يستجيب بخوف ودهشة متطرفين. وحساسيته المفرطة تصد الآخرين، مما يؤدي بدوره للشخص المضطرب اعتقاده المتمثل في "لا يحبني أحد"، "إنني غير جدير بالحب".

يحاول المعالج الاستعرافي تعديل هذه الفرضية من خلال تشكيكه بمدى منطقية أو مدى واقعية هذه الأفكار. ويعلم المعالج الاستعرافي المتعالج طرق التعامل مع المواقف المرهقة ومواجهتها أو تجنبها، وبعد ذلك ينتقل نحو تحسين المهارات الاجتماعية للمتعالج.

صفحة زوجية فارغة

يوضع بدلا عنها صفحة بيضاء عند الطباعة النهائية.

الفصل الخامس

الإدمان : سوء الاستخدام والتعلق بالكحول والمواد الأخرى

1- مدخل

يزداد في مجتمعاتنا استهلاك المواد ذات التأثير النفسي، أي تلك المواد التي تؤثر على الدماغ والجهاز العصبي، من أجل تعديل المزاج والإدراك والتفكير ومن أجل إحداث مشاعر المتعة أو الاسترخاء.

وتعاطي المواد المسببة للتعلق ليس جديداً، فقد كان منتشراً عبر العصور الإنسانية كافة. ويعد اليوم استهلاك الكحول والأدوية المختلفة دون وصفة طبية وتدخين السجائر والغليون والشيشة بل وحتى تعاطي العقاقير الممنوعة قانونياً المعدلة للمزاج والمقبولة اجتماعياً كالقات نمطاً مقبولاً من السلوك على الأقل عند بعض الناس أو في بعض المجتمعات.

ودون استثناء يمكن لكل المواد التي تحدث مثل هذه التأثيرات المرغوبة أن تسبب التعلق والإدمان. ولكن بالمقابل فإن غالبية هذه المواد عواقب وخيمة على الصحة، بل وقاتلة. وعلى الرغم من ذلك يستمر كثير من الأشخاص تناول الكحول أو تعاطي العقاقير والسموم البيضاء على الرغم من المشكلات الصحية والاجتماعية الناجمة عن ذلك. وهذا ما نطلق عليه تسمية سوء الاستهلاك.

ويعد غالبية المتخصصين بالصحة النفسية والجسدية أن سوء الاستهلاك والتعلق بالمواد ذات التأثير النفسي عبارة عن مرض له علامات وأعراض محددة يمكن علاجه.

2- مفاهيم أساسية

1- الإدمان والتعلق:

يتم استخدام هذين المفهومين بشكل مترادف بمعنى عدم القدرة على التوقف عن تناول مادة معينة، دون أن يشعر بنوع ما من أنواع أعراض السحب. وفي بعض الأحيان يقصد بمصطلح الإدمان كذلك نشوء التعلق والتعلق الجسدي والاستهلاك القسري للشخص المعني للمادة، أي عدم القدرة على التوقف عن تعاطي المادة على الرغم من العواقب السلبية الناجمة عن هذا التعاطي).

2- سوء الاستخدام:

عبارة عن الاستخدام غير الصحيح أو غير المناسب، أي الاستمرار بتناول مادة ما على الرغم من معرفة الشخص المعني بالعواقب الوخيمة والضارة هذه المادة. فسوء الاستخدام عبارة عن الصورة السابقة للإدمان.

يغلب أن يستخدم المتخصصون بسوء استخدام المواد مصطلح التعلق بصورة غالبية ضمن إطار التقسيمات التالية:

أ - التعلق النفسي: وهو عبارة عن حالة التي يكون فيها تعاطي مادة كيميائية من ضرورياً من إحداث التأثير على قيام الوظائف النفسية والجسدية بعملها بصورة سوية ومن أجل الحفاظ على الإحساس (الخادع) بالراحة والعافية. والتعلق النفسي يكون دائماً موجوداً في حالة وجود سوء استخدام للمواد.

ب- التعلق الجسدي: عبارة عن حالة تظهر عندما يتم استهلاك مادة كيميائية ما مراراً وبشكل منتظم، إلى درجة تنشأ فيها حاجة جسدية فيما بعد للمادة. ويسبب التوقف عن تناول المادة متلازمة سحب جسدية. ولا تقود جميع العقاقير إلى التعلق الجسدي.

ج- التحمل Tolerance: يظهر التحمل عندما يتم استهلاك مادة ما بشكل متكرر وعبر فترة زمنية طويلة إلى أن يتراجع تأثير المادة التي اعتاد الشخص على تناولها بحيث يضطر الشخص إلى رفع الجرعة المعتادة كي يحصل من

خلال ذلك على التأثير المرغوب. ويختلف نشوء التحمل من مادة لأخرى وحسب انتظام التعاطي. وعندما يتم رفع الجرعة بعد نشوء التحمل، يرتفع خطر الأضرار الجسدية والنفسية بما في ذلك خطر التعلق والإدمان.

د- التجفاف Abstinence أو البقاء جافاً: عبارة عن حالة من الامتناع عن تناول المادة والتوقف عنها، وعدم العودة لها على الإطلاق. وتطلق هذه التسمية على حالة الشخص بعد العلاج وإعادة التأهيل.

3- سوء الاستهلاك والتعلق

أطلق العلماء قديماً تسمية الإدمان على ما يسمى اليوم بسوء الاستهلاك والتعلق. وسوء الاستهلاك والتعلق عبارة عن الاستهلاك المنتظم للمواد المؤثرة نفسياً، كالعقاقير والأدوية والكحول والتبغ، والاعتیاد عليها، حيث تسبب هذه المواد التعلق النفسي أو الجسدي أو كلاهما معاً. أما الأضرار التي تلحقها هذه المواد فهي مختلفة في الدرجة والشدة. ومن الناحية الطبية فإن استهلاك هذه المواد لا يعني أن الشخص يعاني من "مشكلة التعاطي"، على الرغم من أن هذا التعاطي قد يقود إلى مشكلات اجتماعية بل وحتى قانونية. ومن ناحية أخرى لا يعني أن استهلاك بعض المواد المقبولة اجتماعياً كالكحول والتدخين بأنه ليس للتعاطي من مخاطر.

ومع مرور الزمن يصبح لسوء الاستهلاك عواقب نفسية وجسدية وخيمة، سواء على الشخص نفسه أم على المحيطين به، ويضر بالعلاقات الاجتماعية والشخصية ويدمر الأسرة ويلحق الضرر بإنتاجية الشخص ويهدد بفقدانه لعمله ويمكن أن يسبب للأطفال الكثير من الأضرار كذلك.

4- أشكال سوء الاستخدام والتعلق

تختلف أشكال سوء الاستخدام والتعلق وذلك بحسب نوع المادة التي يتم تناولها، وباختلاف الأشخاص الذين يتناولون هذه المواد. إلا أن الشيء المشترك بين جميع الذين يسيئون الاستخدام هو أنهم يعانون من مشكلة سوء الاستخدام والتعلق

ويختلفون عن بعضهم بعضاً في الأسلوب الذي نشأت فيه عاداتهم في سوء الاستخدام وفي نوع المادة التي يتناولونها وفي درجة التعلق الجسدي وفي شدة العواقب الممكنة لمشكلاتهم.

5- معايير تشخيص التعلق بالكحول أو بالعقاقير الأخرى

تساعد النقاط التالية في تشخيص اضطرابات سوء الاستخدام والتعلق:

- 1- الأشخاص الذين يسيئون الاستخدام يشربون الكحول أو يتعاطون مادة ما يشربون أو يتناولون المادة على الرغم منهم، دون إرادتهم أو يتناولون كميات أكبر مما كانوا يقصدون. إنهم يشعرون بتوق لا يقاوم أو وكأنهم مجبرون على التعاطي.
- 2- إنهم يسعون دائماً للتوقف، غير أنهم لا يستطيعون ذلك، أو أنهم ينجحون في التوقف لفترة قصيرة فقط ثم يعيدون الكرة ثانية. إنهم يشعرون باليأس وفقدان السيطرة على الاستهلاك.
- 3- يلجئون باستمرار للكحول أو للعقار من أجل أن يسهلوا على أنفسهم القيام بأعمال أو نشاطات معينة مهمة، بما في ذلك العمل والعلاقات الاجتماعية. وإذا لم يتناولوا الكحول أو يتعاطون المادة يكونون عاجزين كلية في ميادين العمل والعلاقات الاجتماعية. إنهم يشعرون بالملل إذا لم يكونوا قد تناولوا جرعتهم المعتادة.
- 4- يستهلكون وقتاً وجهداً كبيرين من أجل الحصول على المادة أو استهلاكها أو للتخلص من آثارها. وبمجرد أن يقل مخزونهم من المادة يصبحون عصبيون وقلقون. وتدور حياتهم حول الحصول على المادة وتأمينها واستهلاكها. وجل تركيزهم واهتمامهم يدور حول ذلك، في تقل أهمية الأمور والأشياء الأخرى في حياتهم.
- 5- لا يخجلون من الكذب والخداع وعدم الأمانة، من أجل الحصول على المادة. ويقومون بإخفاء المادة عن الآخرين وينكرون تعاطيهم أمام الآخرين ويملكون

مخابئ عدة لإخفاء المواد التي يتعاطونها وينسون أحياناً الأماكن التي قاموا بإخفاء المواد فيها.

- 6- ينغمسون في التعاطي عندما يكون أمامهم واجبات مهمة، تتطلب منهم أن يكونوا في حالة يقظة وتركيز. مثال ذلك أنهم يتعاطون المادة أو يتناولون الكحول قبل تقديمهم لمقابلة من أجل الحصول على عمل أو عندما يقومون برعاية الأولاد أو عندما يقودون السيارة...الخ.
- 7- يزدون باستمرار في كمية المادة المتعاطاة من أجل التأثير المرغوب.
- 8- يعانون من ثغرات في الذاكرة، حيث لا يستطيعون تذكر بعض الأشياء التي حصلت معهم على الرغم من أنهم كانوا في حينها بكامل وعيهم.
- 9- مثال ينسون أين تركوا سيارتهم أو لا يتذكرون على الإطلاق بأنهم قد كانوا في المنزل اليوم..الخ.
- 10- يعانون من أعراض السحب كالارتجاف والصداع والحمى والعطش والتوق الشديد نحو المادة. ومن ثم يزدون من كمية المادة من أجل التخلص من هذه الأعراض.
- 11- يستمرون في التعاطي على الرغم من الضرر الحادث في صحتهم والعواقب الوخيمة في العمل والاضطراب في علاقاتهم والتدمير الحاصل بها. إنهم يوهمون أنفسهم والآخرين بأنهم لا يعانون من مشكلة التعاطي.

6- الاستعداد وعوامل الخطر

توجد كثير من العوامل التي تحدد فيما إذا كان الشخص سيصبح مدمناً والتي تحدد نوعية المادة التي سيختارها في التعاطي. وتختلف هذه العوامل من شخص لآخر ومن عقار لآخر. فالاستعداد الوراثي على سبيل المثال للكحولية أقوى بكثير من الاستعداد لتناول الماريجوانا.

وعلى الرغم من وجود تشابه كبير بين الأشكال المختلفة لسوء استخدام المواد

والعقاقير، غير أنه في الوقت نفسه توجد فروق ذات أهمية سواء فيما يتعلق بميل شخص ما للمواد المختلفة، أم بالعواقب الصحية والسلوكية.

ومن هنا وعلى الرغم من أن حوالي 80% من الأشخاص يجربون تناول المشروبات الكحولية مرة واحدة على الأقل في حياتهم، غير أن نسبة ضئيلة منهم يتطور لديها مشكلة الكحول، بين 10-13% في ألمانيا على سبيل المثال. وعلى سبيل المقارنة فإن حوالي 50% من الأشخاص الذين يجربون الهيروين وعلى الأقل 30% ممن يدخنون السجائر يصبحون متعلقين بهذه المواد.

وحتى عند وجود تعلق بمادة ما نجد فروقاً بين أنماط التعلق. فالتخلي عن تناول الكحول أسهل بكثير من التوقف عن التدخين، أما التوقف عن تعاطي الهيروين فهو أصعب بكثير. هذا بالإضافة إلى اختلاف المخاطر بشكل كبير. فنسبة الوفيات الناجمة عن التعلق بالهيروين وتدخين السجائر أكبر بكثير مما هو الأمر عليه في المواد الأخرى.

وتوجد مجموعة من العوامل المعروفة تؤثر على سوء استخدام المواد. وهذه العوامل

هي:

- 1- السن: يميل الشباب اليافعون أكثر من الراشدين لتناول الكحول والتدخين واستخدام المواد الممنوعة قانونياً. أما الأكبر سناً فيميلون بصورة أكبر نحو سوء استخدام المهدئات والمنومات.
- 2- الجنس: تميل النساء، وبشكل خاص الأكبر سناً نحو سوء استخدام المهدئات.
- 3- الوراثة: يميل أولاد الكحوليين إلى تناول الكحول أكثر من أولاد غير الكحوليين، حتى عندما ينشأ أولاد الكحوليين في أسر جافة (أي عندما يكون الوالدين قد توقفوا منذ زمن بعيد عن تناول الكحول، حتى قبل ولادة الأولاد). بالإضافة إلى ذلك تلاحظ الكحولية لدى أقارب الأشخاص الذين يسيئون استخدام مواد أخرى كالهيروين والكوكائين، الأمر الذي يؤكد وجود استعداد لمواد مختلفة. ومن المحتمل أن الأشخاص المدمنون يعانون من اضطرابات استقلاب دماغية موروثية، يتم "تصحيحها" بصورة مؤقتة من خلال العقاقير المختلفة.

- 4- الدين والثقافة: من النادر جداً أن نجد بين المسلمين والسميحيين الأرثوذكس واليهود كحوليين؛ كما تنتشر الكحولية بين الفرنسيين أكثر مما هي بين النرويجيين.
- 5- تأثير الأطر المرجعية: يمكن للشبان اليافعين أن ينقادوا تحت تأثير جماعات الرفاق للاستهلاك، غير أنهم في الوقت نفسه يمكنهم أن يساعدوا بعضهم بعضاً من أجل التوقف عن الاستهلاك.
- 6- التوفر والتكاليف: كان التعلق بالكوكائين أقل انتشاراً قبل أن يظهر الكراك Crack، وهو نوع من الكوكائين في السوق. فحتى ذلك الوقت كان الكوكائين مرتفع الثمن ويصعب الحصول عليه.
- 7- الشخصية، وأسلوب المواجهة والصحة النفسية: الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب المزمن وحالات الخوف يميلون لاستهلاك المواد المعدلة للمزاج كمحاولة منهم لشفاء أنفسهم. أما الأشخاص المتوترون أو سهلوا الاستثارة بطبيعتهم فيميلون أكثر من غيرهم نحو تناول المواد المهدئة، كالكحول، والذين يملكون استعداداً للكسل والخمول وهبوط المزاج يميلون أكثر من غيرهم لتعاطي العقاقير الرافعة للمزاج كالأمفيتامين. والأشخاص الذين يعانون من نقص في تقديرهم لذاتهم يميلون لتعاطي المواد التي ترفع من تقديرهم لذاتهم كالكوكائين أو تلك التي تساعد في التخلص من معاناتهم كالماريجوانا والهيروين.
- 8- المادة نفسها: توجد نسبة لا بأس بها من الأشخاص الذين يجربون بعض المواد دون أن يصبحوا متعلقين، وبالمقابل فإن كل شخص تقريباً يدخن كل يوم عدداً محدوداً من السجائر يصبح مدمناً.

7- النموذج المرضي

تظهر لنا مراجعة ما يتوفر من دلائل أن غالبية المتخصصين النفسيين، وجميع روابط الأطباء وغالبية مؤسسات التأمين الصحي يعتبرون التعلق بالمواد مرضاً. وتقوم

هذه الرؤية على المعارف التي تم اكتسابها في السنوات الأخيرة والتي تشير إلى أن الميل لاستهلاك مواد معينة يقوم على أساس وراثي على الأرجح، بحيث أنه بمجرد أن يبدأ الشخص المعني الذي يمتلك استعداداً باستهلاك مادة ما فسرعان ما سيفقد السيطرة على الاستهلاك، وإلى أن كل المواد ذات التأثير النفسي تقود إلى تغيرات في استقلابات الدماغ تجعل من التوق نحو المادة مستمراً وتشل قدرة الشخص على التخلص من ذلك. ويؤكد النموذج المرضي أن الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الإدمان ليسوا "سيئين" أو "ضعفاء الإرادة"، بل هم مرضى. وبالتالي ينبغي عدم احتقارهم وازدراءهم ومعاقتهم بسبب التعاطي وإنما ينبغي تقبلهم ومساعدتهم.

وفي الحقيقة فإننا لن نستطيع التوصل إلى طرق علاجية فاعلة والحصول على التعاون الحر للمتعلقين إذا عاملناهم بطريقة سيئة واعتبرناهم شاذين ونعتناهم بمصطلحات وتقييمات أخلاقية، واتهمناهم بضعف الإرادة. فعندما نعتبر سوء استخدام المواد مرضاً، تكون إعادة التأهيل مجدية.

فقد أظهرت الدراسات أن مدمني الكحول يستجيبون بشكل أفضل للعلاج ويسهل تجفافهم عندما يتم توضيح النموذج المرضي لهم، ويتقبلونه. الأمر الذي يعني أن معاناتهم من هذا المرض ليست بأيديهم، ولكن كما هو الحال في كل الأمراض الأخرى على المرء القيام بخطوات من أجل أن يحرر نفسه من مرضه.

وكما هو الحال لدى مرضى السكري الذين عليهم أن يدركوا أن الأشخاص الآخرين قادرين بشكل أفضل منهم على تحمل السكر، في حين يشكل بالنسبة لهم سمّاً قاتلاً، وكما هو الحال لدى الأشخاص الذين يعانون من حساسية تجاه مواد معينة، كالشوكولاته أو البيض ... الخ والذين عليهم أن يتعلموا أن الآخرين يستطيعون تحمل هذه المواد في حين أنهم هم أنفسهم لا يستطيعون ذلك، على المدمنين أن يتعلموا اعتبار المواد المغيرة للمزاج، من الأمور التي لا يجوز لهم على الإطلاق التفكير بتناولها ولو على سبيل التجريب. فلدى الأشخاص الذين يمتلكون استعداداً يمكن لأي مادة ذات تأثير نفسي، مهما كانت، أن تشل قدرتهم وإرادتهم على السيطرة على استهلاكهم وسلوكهم وأن تتحكم بحياتهم.

8- كيف ينشأ سوء استهلاك المواد؟

تتمثل السمة الأساسية للمواد المساء استخدامها في تأثيرها المغير للمزاج. وفي غالبية الحالات تسبب العقاقير حالة من الحيوية (اليوفوريا Euphoria)، التي هي حالة من الإحساس النشاط والمزاج المرتفع، أو تخفف الشعور بالمعاناة، على الأقل النفسية منها. ومستهلك العقاقير الذي جرب مرة هذه الحالة، يحاول استعادة هذه الحالة.

والسمة الأساسية الثانية تتمثل في أن الاستهلاك الاعتيادي أو المنتظم لهذه المواد يلحق الضرر بمستوى الوظائف الجسدية ومستوى الإنجاز المهني والتواصل الاجتماعي، الأمر الذي يمكن أن يسبب تدمير الحياة الأسرية والجسدية. وكما أشرنا وسنشير لاحقاً فإن نوع الضرر يتعلق بنوع المادة ومقدار استهلاكها.

9- الإنكار والتبرير

كلما ازدادت المشكلات التي تسببها المادة للشخص، ازداد ميله للاستمرار بتناولها، من أجل التخلص من هذه المشكلات والتخفيف من معاناته. ومن الأمور البارزة هنا أن الأشخاص المعنيون يستجيبون لهذه الحلقة المفرغة بالإنكار والتبرير. وهم لا يقومون بإنكار وجود المشكلة فحسب، بل إنهم يؤكدون لأنفسهم وللآخرين أن تناولهم للكحول مثلاً أو تدخينهم أو تعاطيهم للعقاقير طبيعي جداً، أو أنهم مسيطرون على الوضع ويتحكمون بالأمور. ويعتبرون أنفسهم أنهم شاري مناسبات فقط أو يدعون أن أنهم يتعاطون العقاقير من أجل الاسترخاء والراحة فقط ليس أكثر. حتى أن كثير من المتعاطين يستمرون بالإنكار والتبرير حتى عندما يصبحون مهددين بخسارة وفقدان كل الأمور المهمة في حياتهم.

10- السحب

تسبب كثير من المواد متلازمات سحب أو حرمان. إذ أنه بمجرد أن لا تعود العضوية تحصل على المادة التي اعتادت عليها، يعاني المعني من أعراض تتراوح بين الأعراض المقيتة إلى الأعراض المهددة للحياة بصورة كبيرة. وكثير من الأشخاص لا

يستمررون بالتعاطي رغبة منهم في الحصول على التأثيرات المرغوبة، وإنما من أجل تجنب أعراض السحب المزعجة. وربما يقرر المتعاطي التوقف عن التعاطي، غير أن الأعراض التي يعاني منها لا يستطيع احتمالها، إلى درجة أنه سرعان ما يجيز لنفسه تدخين سيجارة أخرى، أو تناول كأس شراب أو أخذ جرعة من العقار من أجل التخلص من الأعراض المزعجة.

والحصول على المساعدة المتخصصة يمكنها أن تساعد المتعاطي على التوقف عن التعاطي، وتساعد على التخلص من الأعراض الجسدية والتأثيرات الخطيرة الناجمة عن السحب. وفي العقاقير التي تسبب التعلق الجسدي، فإنه لا بد من السحب التدريجي. وفي أثناء ذلك لا بد من الإشراف الطبي على المعني وتناول الأدوية في مقتضى الحال، والتي تخفف من حدة أعراض السحب. وتظهر أعراض السحب عندما تستجيب خلايا الجسد والمنظومات الجسدية الأخرى على فقدان المفاجئ للمادة التي تحتاجها من أجل قيام الوظائف بعملها.

11- الانتكاس

يوجد خطر الانتكاس بعد الشفاء في كل أشكال سوء استخدام المواد تقريباً. ويختلف خطر الانتكاس حسب المادة؛ فبعض المتعلقين بالكوكائين يشعرون على سبيل المثال بمجرد رؤية أي شكل من أشكال البودرة البيضاء بتوق شديد. ومن أجل تجنب الانتكاس توجد مجموعة من النصائح نلخصها فيما يلي:

12- نصائح من أجل تجنب الانتكاس

يكون خطر الانتكاس قائماً في الطور الأول من الشفاء، بغض النظر عن طبيعة المادة. وعلى الرغم من تناقص الخطر مع الزمن، إلا أن المدمنين لا يمكن أن يكونوا متأكدين أبداً. فحتى بعد سنوات عدة من الامتناع أو التجفاف يمكن أن يظهر انتكاس دون أي سبب قسري. ومن أجل تجنب الوصول إلى مثل هذه الحالة فإن مراعاة النصائح التالية يمكن أن تكون مفيدة:

- 1- تجنب أشخاصاً وأماكن وأشياء محددة. والمقصود بذلك الابتعاد عن الأماكن التي يوجد فيها الكحول، وتجنب الخروج مع الأشخاص الذين يعتبرون الكحول أو العقاقير جزءاً مهماً من أجزاء قضاء الوقت. ابعد الكحول والعقاقير عن بيتك وكل ما يتعلق بذلك من أمور يمكن أن تذكرك بالكحول أو بالعقاقير.
- 2- عندما يصعب عليك تجنب مناسبة اجتماعية ما، يتم فيها تناول الكحول أو أية مادة أخرى، عليك الجلوس إلى جانب شخص لا يتناول الكحول أو يعرف بمشكلاتك.
- 3- اتصل بمرشدك المتخصص بالعقاقير أو بمعالجك النفسي أو بطبيبك أو بأعضاء مجموعة المساعدة الذاتية، في حال وجودها عندما تنزلق في محاولة إغراء نحو الانتكاس.
- 4- مارس باستمرار التقنيات التي تعلمتها في إعادة التأهيل أو أثناء الإرشاد أو ضمن مجموعات الكحوليين المغفلين Anonym Alcoholic groups أو في مجموعات المساعدة الذاتية.
- 5- تعلم التعرف على مثيرات الانتكاس والتعامل معها. يمكن لمثل هذه المثيرات أن تنشأ من خلال فرط الإثارة، عندما يسمح الإنسان أن تعصف به كثير من المشتتات والمرهقات، دون أن يفعل شيئاً تجاهها. كما يمكن للجوع الكبير والغضب والتعب الشديدين أن يقودا للانتكاس. ويمكن لتأثير هذه المثيرات أن يكون مختلفاً من فرد لآخر. ومن هنا فإنه من الأهداف المهمة للعلاج والوقاية أن يتعرف كل شخص على هذه المثيرات.
- 6- التغذية الجيدة والتمارين الرياضية والعادات الصحية الأخرى تعد من المساعدات المهمة لتجنب الانتكاس.
- 7- وفي حال حدوث الانتكاس فلا تعتبره دلالة على الفشل والإخفاق، أو لا تتخذه ذريعة، بل اعتبر الانتكاس خبرة ومناسبة للتأمل والتفكير بالأسباب التي قادت للانتكاس، كي تتمكن في المستقبل من تجنبها.

8- عدا عن ذلك يمكن لدى كثير من المعنيين أن تظهر مشكلات نفسية في مرحلة بعد الشفاء كالإكتئاب، الأمر الذي يرفع من احتمالات الانتكاس. وفي مثل هذه الحالات لا بد من اللجوء إلى متخصص نفسي والعلاج. ومن المهم هنا ألا يتم اتخاذ المشكلات النفسية ذريعة من أجل التوقف عن علاج الإدمان.

13- مبادئ علاجية

يصعب على الإنسان المتعلق بالكحول أو الأدوية أو العقاقير أن يتخلص من التعلق وحده في العادة. وقوة الإرادة وحدها غير كافية للتوقف التعاطي. ودون مساعدة خارجية يكون المعني غير قادر على مقاومة الإغراء ولا يمكنه تنمية الاتجاهات وأنماط السلوك اللازمة من أجل الشفاء. فقد أظهرت كثير من الدراسات أن نسبة الانتكاس بين الأشخاص الذين يحاولون التوقف وحدهم من دون الحصول على مساعدة متخصصة أو دعم من خلال المجموعة تكون أكبر من أولئك الذين يحصلون على المساعدة المتخصصة.

ويوجد العديد من أشكال المعالجة. ومن ضمنها العلاج الداخلي، أي الإقامة في المستشفى، لفترة زمنية قصيرة بهدف سحب العقار، والعلاج الداخلي طويل الأمد بهدف تحقيق حياة خالية من العقاقير من خلال التجفاف abstinence، والعلاج في أقسام علاجية خاصة مجهزة لهذا الغرض والعلاج الفردي أو الإرشاد الفردي مع العلاج النفسي والعلاج السلوكي والعلاج الخارجي (المستوصف، أو العيادات الخارجية) والعلاج الخارجي في أقسام مؤقتة ومجموعات المساعدة الذاتية.

ومن أجل اختيار برنامج العلاج الملائم لا بد بداية من استشارة طبيب أو متخصص نفسي أو معالج متخصص بالإدمان، مؤهل في الإدمان وتشخيصه وعلاجه، والذي يقوم بمعالجة المتعلق أو تحويله إلى المكان الملائم.

14- أشكال اضطرابات المواد وإمكانات المعالجة

سنعرض فيما يلي من الحديث لبعض المواد المسببة للتعلق كالكحول والهيروين

والأفيونات الأخرى والكوكائين والمنبهات والمسكنات أو المنومات والمهدئات والماريجوانا ومادة ب س ب PCP ومولدات الهلوسة والنيكوتين ومنتجات التبغ.

1.14- الكحولية وتأثيرها على الصحة النفسية

يعد الكحول من المواد ذات التأثير المهدئ والمنوم، والذي ينتمي إلى طائفة كبيرة من المواد الكيماوية التي تضم الحبوب المنومة والمهدئات الخفيفة. يؤثر الكحول على الدماغ مما يسبب في البداية تأثيراً منشطاً، ثم مهدئاً، وأخيراً يتراجع الكف وتضعف القدرة على الحكم السليم، وتتباطأ الوظائف الحيوية الأساسية في الجسد كالتنفس ونبض القلب. ويمكن لتناول الكحول أن يسبب تغيرات سلوكية كالتغيرات المزاجية وسرعة الاستثارة ويقوي من سمات الشخصية الموجودة.

ولا يوجد اتفاق بين المتخصصين في الوقت الراهن حول مسألة فيما إذا كان يمكن اعتبار الشاربين بكثرة⁽¹⁾ كحوليين أم لا. فبعض الشاربين يقصرون تناولهم للشراب على أيام محدودة في الأسبوع أو مناسبات معينة، ويمكنهم البقاء دون كحول لأيام وأسابيع عدة. ويتم تصنيف هؤلاء في الفئة "غير المحددة". غير أن بعضهم الآخر لا يستطيع أن يقاوم الإلحاح نحو تناول الكحول. وهؤلاء يمكن اعتبارهم كحوليين.

والكحولية عبارة عن مرض مزمن، يمكن أن يقود للموت. فإلى جانب العواقب الجسدية، يمتلك التناول غير المنتظم للكحول حوادث سير وخيمة وحوادث عنف وتدمير للذات (انتحار). ومهما كانت الفترة الزمنية التي انقطع فيها الكحولي عن تناول الكحول، فإن الكأس الأول يسبب العودة بشكل قهري للشراب، بشكل أسوأ بكثير مما كان عليه الأمر في المرة الأولى. ولا يسير المرض بصورة خطية مستقيمة. ففي مجرى الوقت تزداد التأثيرات السلبية بسبب الاستمرار في تناول الشراب ويتسارع السقوط والانهيال.

(1) تطلق على هؤلاء تسمية "الشراب" في العامية.

1.1.14- العواقب الجسدية للكحولية

يلحق الكحول الأذى بالجسد من وجوه عدة. فهو يمكن أن يسبب ضمور في الدماغ، ويلحق الأذى بالذاكرة والوظائف العقلية الأخرى. وبعض الأضرار الدماغية يمكن أن تختفي بعد التجفاف، في حين أن بعضها الآخر يستمر. ويمكن للكحول أن يسبب ارتفاعاً في ضغط الدم أو يزيده سوءاً، الأمر الذي يزيد من خطر الجلطات الدماغية والقلبية والفشل الكلوي. كما وأن التناول المفرط للكحول يمكن أن يؤدي إلى اعتلال عضلة القلب التي يمكن أن تقود إلى قصور القلب والموت.

وتلاحظ أمراض الكبد بكثرة لدى الكحوليين. إذ أن التخلص من الكحول يتم عن طريق الكبد. ومع مرور الزمن يمكن للتناول المزمن للكحول أن يسبب التهابات الكبد Hepatitis والتليف الكبدي Cirrhosis.

ومن الممكن شفاء هذه الأضرار في المراحل الأولى من خلال التوقف عن التناول، ولكن في الحالات المزمنة لا يمكن تحقيق الشفاء. بالإضافة إلى التهابات البنكرياس الذي يسبب اضطرابات هضمية وأوجاع بطن شديدة، والشيء نفسه ينطبق على أوجاع البطن والأمعاء. ويوجد خطر كبير للإصابة بالقرحة المعدية كذلك.

ومن التأثيرات الجانبية الأخرى للكحول انهيار بناء النخاع العظمي المسؤول عن تشكيل صفيحات الدم، الأمر الذي يقود إلى ضعف في مقاومة الجسد واضطرابات عضلية مختلفة. والكحولية المزمنة يمكن أن تكون على علاقة بسرطان الفم والبلعوم والحنجرة والرئتين والصدر والغدد اللعابية والكبد. كما ويمكن للكحول أن يمنع امتصاص وتمثل مواد غذائية معينة، مما يقود إلى أمراض نقص الفيتامين ومن ثم يلحق الضرر بالجهاز العصبي.

أما الكحولية لدى النساء الحوامل فيمكن أن تقود إلى صعوبات تعلم وشذوذ في النمو (ما يسمى بمتلازمة الكحول الجنينية)، وإلى نقص في وزن الجنين وإلى خطر مرتفع لموت الجنين والولادة المبكرة.

2.1.14- تأثيرات الكحولية على الصحة النفسية

يمكن للكحولية المزمنة الشديدة أن تسبب مشكلات نفسية متعددة الأشكال أو تجعلها تزداد سوءاً في حال وجودها بالأصل، وخصوصاً الاكتئاب والقلق. كما وأن نسبة الانتحار مرتفعة بين الكحوليين. وفي غالبية الحالات تختفي الاكتئابيات وحالات القلق بعد أسبوع أو أسبوعين من التجفاف. ولدى أقلية ضئيلة تبلغ نسبتها بين 10 حتى 20% من المعنيين، تستمر هذه الأعراض، الأمر الذي يحتم ضرورة إجراء علاج طبي نفسي أو نفسي مدعوماً بمضادات الاكتئاب أو معالجات أخرى.

وللكحولية عواقب فيما يتعلق بالمجال الجنسي. حيث يسبب لدى الرجال والنساء اضطرابات جنسية وظيفية. ويمكن للكحول أن يثير الذهان، الذي يمكنه أن يترافق مع خداعات حسية وأهلاس وتصورات هذيانية. ويمكن أن تختفي هذه الأعراض بعد التجفاف abstinence. وفي الحالات النادرة تستمر الأعراض الهذيانية إلى ما بعد طور السحب ويمكن أن ترسخ إلى ما لانهاية.

3.1.14- الاستعداد

تشير نتائج كثير من الدراسات إلى وجود عوامل وراثية أسرية تجعل من الأفراد يميلون للكحولية. فكلما ازداد عدد المرضى بالكحولية في الأسرة الواحدة أو العائلة الواحدة كان خطر أن يصبح الإنسان متعلقاً بالكحول أكبر. فقد أظهرت مجموعة من الدراسات أن نسبة أطفال الكحوليين الذين يصبحون كحوليين فيما بعد أعلى بكثير من الأشخاص الذين كان والديهم غير كحوليين حتى عندما تم تبني هؤلاء الأطفال منذ البداية وتربيتهم في أسر أخرى غير كحولية. وحسب مستوى المعرفة الراهن فإنه من المفترض أنه توجد مجموعة من العوامل الوراثية التي تسهم في نشوء مرض الكحولية، تقود إلى الأشكال المختلفة من سوء استخدام الكحول، على نحو التناول المتقطع للكحول مقابل التناول المنتظم له.

ويخمن العلماء أن هذا الاستعداد الوراثي يعزى إلى وجود فروق في استقلابات الدماغ لدى الكحوليين وغير الكحوليين. وعلى الرغم من أن هذا الفرق لا يدفع

المعنيين إلى تناول الكحول، إلا أنه يمكن أن يسبب أن يستجيب الكحوليون بشكل أسرع وبشكل مكثف للكحول من الآخرين. كما يبدو وجود تبدلات في كيمياء الدماغ من خلال الكحولية بطريقة تجعل من المرض يستمر والمعنيين غير قادرين على السيطرة على سلوكهم وعلى التوق نحو زيادة كمية المادة التي يتناولونها. وعلى الرغم من أن التخلي عن تناول الكحول لا يبدل من الضرر الأساسي في استقلابات الدماغ، إلا أنه من خلال ذلك يتم منع الكحولية من التثبيت والاستقرار.

بالإضافة إلى العوامل الوراثية تلعب العوامل الثقافية والمحيطية دوراً في نشوء التعلق. ففي المجتمعات التي يعتبر فيها تناول الكحول بكثرة حتى الثمالة من علامات الرجولة ومن أساسيات التواصل الاجتماعي يظهر مرض الكحولية أكثر من تلك المجتمعات ترفض تناول المفرط للكحول أو تلك التي تقصر تناوله على مناسبات محددة، أو تلك التي تمنعه قطعياً.

4.1.14- العلاج

في غالبية الحالات يتم إجبار الكحوليين من الأسرة أو العائلة أو زملاء العمل للجوء إلى العلاج. وتختلف فاعلية البرامج العلاجية المختلفة، وذلك طبقاً للدافعية وشدة المشكلة. وعلى الكحوليين وأسرهم استشارة الخدمات الإرشادية أو الطبيب المتخصص أو المعالج النفسي من أجل تحديد نوعية العلاج المناسب وإمكاناته.

السحب: كثير من المتعلقين بالكحول يحتاجون في بداية العلاج للسحب (التخلص من السموم). ويمكن إجراء السحب في العيادة أو المستوصف أو المستشفى. ومن أجل تحقيق هذا الغرض يحصل المريض في البداية على أدوية مهدئة أو منومات بديلاً عن الكحول، حيث يتم تخفيض الجرعة خلال أسبوع، من أجل التخفيف من أعراض السحب وما يرافقها من مضاعفات مهددة للحياة في بعض الأحيان. ويجب الانتباه أنه هنا قد ينشأ خطر التعلق بمادة أخرى. وتتعلق ضرورة إجراء السحب بمجموعة من العوامل الطبية وتحتاج إلى فحص وتقدير دقيقين.

5.1.14- علاج السحب

يعتبر علاج التعلق جوهر علاج الكحولية. ويمكن أن يتم ذلك في مركز طبي نفسي أو نفسي اجتماعي متخصص بالتعلق أو في مشفى متخصص بالتعلق. والقسم العلاجي النفسي المتخصص بالتخلص من التعلق يكون عادة عبارة عن قسم تكاملي، أي أنه يضم مبادئ مختلفة جداً وعادة ما يكون الهدف العام منها:

= تجفاف دائم كعادة سلوكية وتثبيت للشخصية، مما يعني في النهاية تقوية ضبط الذات.

= تحطيم المخاوف.

= تحسين الكفاءات الاجتماعية، مثل مهارات التواصل والقدرة على توكيد الذات، وتقوية الثقة بالذات، وتعزيز مشاعر القيمة الذاتية والقدرة على تحمل الإحباط والانفعالات.

6.1.14- العلاج الخارجي للتعلق

من الممكن للعلاج أن يتم في مراكز الإرشاد النفسي الاجتماعي المتخصصة في مجال التعلق. غير أنه يمكن إجراؤه كذلك في عيادة طبيب نفسي أو معالج نفسي، إذا كان المعالج مؤهل في علاج الإدمان ويمتلك الخبرات اللازمة. وتتألف المكونات الأساسية للبرامج العلاجية من تحليل السلوك وسلوك التعلق، وإجراءات تحسين السيطرة على النفس فيما يتعلق بسلوك الشرب ورفع الكفاءات الاجتماعية (أنظر التفاصيل في المقطع التالي). كما ويتم استخدام مبادئ علاجية عميقة، حيث تتصف هذه الإجراءات بمقدار أقل من البنائية وبالعلاج طويل الأمد.

ويمكن تنفيذ العلاج الخارجي ضمن المجموعة أو بشكل فردي. كما يمكن ضم الأسرة للعلاج أو الأقارب، على نحو الجلسة الثلاثية أو جلسة الأقارب... الخ. وبشكل عام فإن إمكانات العلاج الخارجي أقل من إمكانات العلاج الداخلي من حيث الشمول، على نحو عدم وجود العلاج بالانشغال وبالعمل والرياضة... الخ. وتختلف مدة العلاج وشدته. ففي علاج أعماقي مؤلف من جلستين أسبوعياً يحتمل أن

يستمر العلاج لفترة سنة. أما في العلاج السلوكي فتكون المدة أقصر من ذلك في العادة مع وجود متابعة للمريض لفترة زمنية طويلة.

7.1.14- العلاج المركزي للتعلم

يتم العلاج المركزي في مشفى متخصص بالتعلم أو في أقسام خاصة بالتعلم ضمن مشايخ الطب النفسي.

وتشتمل برامج العلاج المركزية كل البرامج الأساسية من العلاج ضمن المجموعة والعلاج بالعمل والانشغال والرياضة، بالإضافة إلى الجلسات الفردية والجلسات التي يشترك فيها الأقارب في صيغة جلسة فردية مع الشريك (الزوج أو الزوجة) أو بمشاركة المريض أو على صورة سيمينارات للشركاء والأساليب الاسترخائية (الاسترخاء الذاتي والاسترخاء العضلي التصاعدي...الخ). وعلى الرغم من تصدر الأساليب العلاجية الأعماقية أو الأساليب العلاجية السلوكية على سبيل المثال كإطار عام إلا أنه تغلب ملاحظة سيطرة الاتجاهات الذرائعية نتيجة لتوفر عدد كبير جداً من أشكال العلاج ومعالجين من مختلف المشارب، يلاحظ سيطرة أسلوب ذرائعي في العلاج.

وفي إطار العلاج السلوكي يتم استخدام مجموعة من الأساليب العلاجية التي يتم استخدامها في العلاج المركزي أو الخارجي سواء.

ومن أجل تحسين التعامل مع الكحول يتم استخدام طرق التدريب على السيطرة على المزاج ووقف الأفكار، والحساسية المغمورة covered Sensibilization وتمارين التدريب على الرفض عند عرض الكحول وتقنيات التفسير. وينبغي تدريب المتعالجين على إجراءات الوقاية من الانتكاس بطريقة شاملة وتهيئة المتعالجين على مواجهة الانتكاسات. ومن أجل تنمية المهارات الكفاءات الاجتماعية يتم التدريب على تمارين التواصل وتدريبات توكيد الذات وتمارين الاتصال. كما ويتم استخدام أساليب عامة على نحو تحليل السلوك ولعب الأدوار وإعادة البناء الاستعرافي.

وتتراوح فترة العلاج بين أسابيع ستة إلى أشهر أربعة وانتهاءً بالعلاج التقليدي

البالغ من الأشهر ستة. ويغلب أن تكون فترة العلاج متباينة جداً، حيث يتم أثناء مجرى العلاج تحديد مدة العلاج لكل مريض على حدة.

8.1.14- الرعاية اللاحقة، العلاج التتبعي

تعد الرعاية اللاحقة أو العلاج التتبعي ذوات أهمية من أجل ضمان النجاح طويل الأمد للعلاج. غير أن ضرورة العلاج البعدي أو اللاحق تختلف من مريض لآخر. ولكن يمكن القول عموماً إن الوصول إلى درجة مقبولة من سحب الكحول والتغيرات المحققة لاتجاهات الشخصية وأنماط السلوك لا يكون مستقراً بصورة كافية. إذ ينبغي على ما تم تحقيقه في العلاج أن يصمد عند الاختبار في مواقف الحياة اليومية، أي عند مواجهة المريض للحياة العملية بكل ما فيها. ويغلب أن تمتد عمليات التعديل إلى أبعد من إطار العملية العلاجية المباشرة. وتعد فترة ما بعد العلاج مباشرة (بين ستة أشهر إلى سنة) فترة حرجية في حياة المعنيين، حيث تكون نسبة الانتكاس في هذه الفترة في قمتها. إذ يتوقع أن تبلغ نسبة الانتكاس في الأشهر الستة الأولى بين 30-40% تقريباً. وعلى الرغم من أن الانتكاسات ليست كلها خطيرة بدرجة كبيرة غير أنه ينبغي أخذ كل انتكاس على محمل الجد. فمن بين أولئك الذين ينتكسون في الأشهر الستة الأولى تظل نسبة مقدارها 45% تقريباً جافة في الأشهر الستة الثانية.

وتوجد مجموعة من العروض المختلفة فيما يتعلق بالرعاية أو العلاج اللاحقين: منها مجموعات المساعدة الذاتية (الكحوليين المغفلين، ومجموعات الكحوليين السابقين ومجموعات محلية مختلفة تحمل تسميات مختلفة)، وبيوت انتقالية ينزل فيها المرضى بعد العلاج والتي غالباً ما تقدم كذلك العلاج، والرعاية اللاحقة من خلال المراكز الصحية ولدى الأطباء والمعالجين النفسيين والأطباء النفسيين. وفي بعض الأحيان يتم الدعم من خلال الأدوية (كالديسولفيرام Disulfiram).

وتشير الدراسات إلى أن 75% من المتعلقين السابقين ينتسبون إلى مجموعات المساعدة الذاتية التي تقدم لهم إمكانيات واسعة للمساعدة من أجل البقاء جافين.

وتوجد مجموعة من الأشخاص الذين يظلون جافين دون وجود مساعدة وعلاج لا

حقين، ويستطيعون التعامل بفاعلية مع الانتكاسات الصغيرة. غير أنه لا يمكن تحديد خصائص هذه المجموعات ذلك أن خطر الانتكاسات الشديدة يظل قائماً، ومن ثم يبدو أنه من اللازم أن يلجأ كل متعلق إلى مجموعات المساعدة والعلاج اللاحقين، أو على الأقل أن يقيم اتصالاً معها كي يستطيع اللجوء إليها في حالة الضرورة.

9.1.14- معالجة الانتكاس

تندر ملاحظة الانتكاسات في العلاج المركزي، وتكثر ملاحظتها في العلاج الخارجي. وتمثل هذه الانتكاسات تحدياً حقيقياً للعاملين في مثل هذه المراكز. ويتم التعامل مع هذه الحالات وفق مبدأ التدخل في الأزمات.

يمكن للانتكاسات أن تظهر في أي طور من أطوار العلاج، إلا أنه ينبغي عدم تقويم كل أشكال الانتكاسات على الدرجة نفسها من الأهمية. ويمكن التفريق أشكال متعددة من الانتكاس:

- 1- المنتكسون المنزلقون.
- 2- و الانتكاس الجاف.
- ويمكن التغلب على هذين الشكلين بمساعدة بسيطة أو حتى دون مساعدة.
- 3- الانتكاس المنهجي أو المنتظم الذي لا يعد مجرد عودة لتناول الكحول فحسب وإنما العودة إلى ممارسة أشكال السلوك داخل منظومة أسرية جامدة.
- 4- الانتكاس الذي يأخذ شكل الشرب المراقب أو المسيطر عليه.

واستناداً إلى واحد من مفاهيم الإجهاد يعد الانتكاس عملية مواجهة، يلعب فيها الموقف المثير والتأثير الإيجابي للكحول والتوقعات الذاتية للضبط دوراً حاسماً.

10.1.14- العلاج الدوائي

يتمركز العلاج الدوائي على معالجة أعراض السحب والعواقب المرضية للكحولية.

أما في إطار علاج السحب فإن استخدام الأدوية النفسية لا يتم إلا في الحالات النادرة جداً. فعلى سبيل المثال يمكن أن تتم معالجة الاكتئاب الشديدة والمستمرة التي تظهر ضمن إطار التجفاف والتي لا تعتبر ذات منشأ نفسي بمضادات الاكتئاب. كما يمكن استخدام المعالجة بالليثيوم في الاكتئاب الدورية.

وتعالج أعراض السحب في حالة البطاح الكحولي بالمسكنات sedative. وقد أثبت في ألمانيا الكلوميثيازول Clomethiazol (الديسترانيورين Distraneurin) فاعليته في مثل هذه الحالات. غير أنه له مشكلاته التي تتمثل في إمكانية سوء الاستخدام، ومن ثم ينبغي عدم استخدامه لفترة تتراوح بين عشرة إلى أربعة عشر يوماً.

وفي بعض الحالات ينصح باستخدام الديسوليفرام (أنتابوس Antabus) كعلاج مرافق، وخصوصاً عندما لا يستطيع المريض بنفسه الوصول إلى مرحلة التجفاف، وعندما لا يمكن إجراء معالجة مركزية في المستشفى لأسباب متنوعة. وهناك شروط تتعلق باستخدام الديسوليفرام ينبغي مراعاتها منها:

- 1- الشرح للمريض حول نوع المعالجة وتوضيح المضاعفات الممكنة. وينبغي هنا الحصول على موافقة خطية من المريض.
- 2- التعاون الجيد من المريض.
- 3- شخص مرجعي كالزوج أو الزوجة.. الخ يراقب تناول الدواء ويقدمه للمريض.
- 4- مواصلة العلاج لفترة زمنية طويلة، تبلغ أشهر عدة.
- 5- التوليف مع أساليب علاجية نفسية أخرى، على نحو الانتساب إلى مجموعات المساعدة الذاتية أو اللجوء للعلاج النفسي.
- 6- المراقبة الدقيقة لموانع المعالجة contra indications، على نحو وجود مسبق لاضطرابات في عمل الكبد والاضطرابات الشديدة للكليتين وقصور القلب والتضررات القلبية والسكري الانسمام الدريقي والسكتة الدماغية apoplexy الثقل gravidity وحموضة المعدة وتقرحها التهابات الدماغ encephlo pathia مترافق بتهدم عضوي نفسي شديد والصرع.

7- ينبغي عدم تناول مضادات الهيستامين والمقلدات العصبية الكبير (المعقلات) من نوع الفينوثيازينات phenothiazine ومضادات التشنج anti convulsive في الوقت نفسه.

ومنذ فترة وجيزة يتم استخدام أدوية مثل الأكومبوسات acomposat، من أجل تخفيض التوق للمشروب. وما زال الأمر مبكراً لتقويم هذا الدواء.

2.14- الهيروين والأفيون

الأفيون بالأصل مادة طبية تستخدم للتخدير وتسكين الألم. وهي تسبب الشعور بالحيوية والنشاط Euphoria والإحساس بالعافية. والأفيونات مواد مستخلصة من نبات الخشخاش المعروف منذ آلاف السنين بخصائصه المسكنة والمنومة والذي كان يستخدم في التداوي وخصوصاً في بلدان الشرق الأقصى والأوسط. ففي أثناء فترة الاستعمار الفرنسي لسوريا ولبنان وبلدان أخرى على سبيل المثال كانت تتم زراعته في مناطق مختلفة، وكان يستخدم كمادة مسكنة للمغص لدى الأطفال وكمادة منومة لهم. ومن الناحية الفيزيولوجية يحتوي الخشخاش على مستقبلات مختلفة في خلايا الدماغ ويحدث مشاعر مريحة ومفرحة.

أما أشهر الأفيونات المعروفة فهي الهيروين والمورفين. بالإضافة إلى أن غالبية المسكنات التي يتم وصفها من الأطباء تحتوي على الأفيونات. مثال ذلك مادة الكودائين التي يكثر استخدامها في المسكنات وأدوية السعال.

1.2.14- الأفيونات المختلفة

1- الهيروين ويعد من أشهر المواد التي يتم تعاطيها وتداولها. وعادة ما يتم تعاطيه على شكل حقنة وريدية Intravenous، كما يمكن تعاطيه عن طريق الشم. يقوم الهيروين بتثبيط الجهاز العصبي المركزي وينظم إدراك الألم ويثير المراكز المنظمة للمزاج، بما في ذلك الهيبتوتالاموس، الأمر الذي يثير مشاعر النشوة أو الحيوية Euphoria. للهيروين تأثير فريد، يسميه المتعاطون "بالدفقة rush"، يشبه تأثير خبرة الرعشة الجنسية. ويعقب الدفقة نعاس ممتع. غير أن

النتيجة النهائية التي تحدث بعد التعاطي بوقت قصير جداً تتمثل في متلازمة شديدة من السحب، يمكن أن تكون مرعبة إلى درجة تدفع المتعاطي إلى تناول جرعة جديدة، لا من أجل تحقيق المتعة وإنما من أجل التخلص من أعراض السحب. وتعد التأثيرات المركبة للهيروين واحدة من الأسباب التي تجعل من التعلق بالهروين واحدة من أصعب أشكال الإدمان على العلاج.

2- الميثادون Methadone: نوع من أنواع الأفيونات التوليفية، أي المصنعة كيميائياً. وقد تم تطويره من أجل معالجة التعلق بالهروين. ويشبه تأثيره تأثير الهروين، غير أنه أقل تسكيناً، أي أنه يتيح للمتعاطين أن يظلوا في حالة وظيفية ملائمة، ولا يحدث تأثيرات سحب شديدة. ويتم تعاطي الميثادون على شكل حبوب، ويعطى في إطار برامج السحب كبديل للأفيونات الأخرى.

3- المورفين: وهو من المواد واسعة الاستخدام في الطب وبشكل خاص في الجراحة كمسكن قوي للألم. وعندما يتم استخدامه تحت الإشراف الطبي فإنه عادة ما لا يسبب أية تأثيرات ولا يحدث التعلق. غير أن العاملين في ميادين الشفاء معرضون لأن يسيئوا استخدام الأفيون بسبب توفره بين أيديهم، ومن ثم فهم معرضون لخطر الإدمان أكثر من غيرهم.

2.2.14- الاستعداد

لا توجد دلائل على وجود استعدادات وراثية أو فيزيولوجية للتعلق بالأفيونات. ولكن العوامل الأسرية وبشكل خاص غياب أحد الوالدين بسبب الموت أو الطلاق أو السفر أو العلاقات الأسرية المضطربة تعد جزءاً أساسياً من بيئة متعاطي الهروين.

وكما هو الأمر في المواد الأخرى يرتفع خطر التعلق بالأفيون بالنسبة للفرد من خلال تقبل المجتمع أو محيط الشخص لتعاطي هذه المادة المسببة للإدمان ومن خلال سهولة الحصول على المادة.

3.2.14- متلازمة السحب

يزداد لدى المتعاطين التحمل مع مرور الوقت، وتلاحظ لديهم أعراض السحب

بدرجات مختلفة ، وذلك حسب نوع الأفيون ومدة التعاطي وكميته والسرعة التي يتخلص فيها الجسد منه. وتشبه أعراض السحب أعراض البرد "الأنفلونزا" وتتضمن حالات من الخوف والتعرق واضطرابات النوم وهبات الحرارة والبرودة والغثيان والإقياء والإسهال وفقدان الوزن والحرارة. وتكون الأعراض على أشدها خلال الأيام العشرة الأولى. ويمكن أن يستمر التعكر الخفيف للمزاج واضطرابات النوم لأشهر عدة. وعلى الرغم من كون أعراض السحب مزعجة جداً ولكن ينذر لها أن تكون خطيرة. إلا أنه بسبب الضيق والعذاب الذي تسببه أعراض السحب فإن كثير من الذين يريدون التوقف عن التعاطي ينتكسون.

4.2.14- العواقب الصحية

يمكن للجرعة الزائدة من الأفيون أن تكون قاتلة. وتعزى غالبية العواقب الصحية الوخيمة إلى لاستهلاك الأفيون إلى الحقن الوريدي والذي يستخدم بصورة خاصة في الهيروين. إذ أن الأدوات غير المعقمة التي يتم استخدامها للحقن والاستخدام المتكرر للحقنة نفسها تجعل من المتعلقين بالأفيون معرضون بشدة لأشكال كثيرة من العدوى القاتلة ولأشكال مختلفة من المشكلات الصحية.

مثال ذلك مرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز AIDS) الذي يمكن أن ينتقل عن طريق الدم وذلك من خلال الحقن الوريدي باستخدام الحقنة نفسها بين عدة أشخاص. وقد قاد هذا الأمر في السنوات الأخيرة إلى ارتفاع في عدد المصابين بالإيدز بين متعاطي الهيروين بدرجة كبيرة. وتشير بعض الدراسات إلى أن ثلثي نزلاء مستشفيات الإدمان في بعض المناطق مصابون بالإيدز، وهؤلاء ينقلون المرض بدورهم إلى أزواجهم أو إلى أبنائهم أثناء فترة الحمل.

كما تشير دراسات مختلفة إلى أن حوالي 80% من متعاطي الهيروين عن طريق الحقن الوريدي يصابون في السنتين الأوليتين من التعاطي بالتهاب الكبد الفيروسي. وعلى الرغم من أن هذا المرض الفيروسي يكون قابلاً للشفاء في غالبية الحالات، غير أنه يمكن أن يسبب الموت بسبب قصور الكبد. وفي الالتهاب المزمن للكبد يكون خطر الإصابة بسرطان الكبد مرتفعاً جداً.

وترفع الحقن غير النظيفة التي يستخدمها متعاطو الهيروين من خطر الإصابة بالتهابات بطانة القلب (الشغاف endocarditic) والكزاز tetanus . والشغاف عبارة عن التهاب بكتيري في البطانة الداخلية للقلب وعضلة القلب التي يمكن أن يقود إلى فشل القلب والموت. أما الكزاز فهو عبارة عن عدوى بكتيرية التي تسبب تصلب العضلات ويمكن أن يقود كذلك للموت.

كما ويغلب أن يصاب مستهلكو العقاقير بالسل والتهابات الرئتين وأشكال مختلفة من العدوى لمجرى التنفس.

5.2.14- تأثيرات تعاطي الأفيونات على الصحة النفسية

يتعرض كل المتعاطين للأنواع المختلفة من العقاقير إلى خطر الانتحار، ناهيك عن الموت الذي يحدث بسبب تناول جرعات زائدة من العقار. وعلى الرغم من أن الأفيونات أقل سمية من العقاقير الأخرى كالكحول والكوكائين، فإن الأفيونات التي يتم الحصول عليها في الأسواق يصعب تقويم نوعيتها ومن ثم يمكن أن تكون ممزوجة بمواد أخرى تسبب مضاعفات قد تصل إلى تسبب الموت.

وكثير من المتعلقين بالأفيون يعانون من الاكتئاب المزمنة التي سرعان ما تختفي عندما يتوقف المتعاطي عن تعاطي المادة لفترة زمنية طويلة. وهناك نسبة من الأشخاص يستمر الاكتئاب لديها. وهذه الفئة تحتاج إلى علاج للاكتئاب، حيث يمكن للعلاج أن يساعد كذلك في التخلص من طائفة واسعة من المشكلات النفسية المترافقة مع تعاطي الأفيون أو الهيروين. فكثير من متعاطي الأفيون أو الهيروين يكونون كحوليين في الغالب ويعانون من اضطرابات الهلع والقلق واضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع التي ترجع إلى الطفولة. كما يتعلم آخرون من أنماط سلوكية مضادة للمجتمع كالكذب والسرقة من أجل الحفاظ على استمرارية نمط حياتهم.

وسوف نتعرض فيما يلي من الحديث إلى الإجراءات العلاجية التي يتم استخدامها في جميع أشكال التعاطي.

6.2.14- السحب

عند وجود التعلق الجسدي لا بد من إجراء علاج سحب في البداية. ويجري ذلك عادة في الأقسام الباطنية من المستشفيات أو في الأقسام الخاصة بالتعلق بالعقاقير أو في مستشفيات الطب النفسي. ويستمر السحب بين الأسبوع لثلاثة أسابيع. وبعد التوقف عن تعاطي العقار تظهر خلال ساعات قليلة أعراض من السحب تختلف من شخص لآخر، وتتراوح بين أعراض مؤلمة ومرهقة بشدة إلى أعراض طفيفة وليست ذات أهمية. وبعد حوالي العشرة أيام تختفي الأعراض الجسدية للسحب. ومن وجهة النظر الطبية فإنه لا توجد مشكلات مرتبطة بالسحب باستثناء سحب التعلق بالمواد barbiturate ، إلا أن الأمر يتطلب في كل الأحوال المراقبة الدقيقة للمرضى. وفي التعلق بالأفيونات فإن السحب يمكن أن يكون ممكناً دون استخدام الأدوية، وهو ما تطلق عليه تسمية "السحب البارد" أو يمكن أن يتم استخدام أدوية مختلفة للتهدئة وتخفيف الألم والتئيم. ولكن علينا أن نأخذ الحيلة هنا من أن تتم تنمية تعلق بعقار جديد. ومن ضمن إجراءات علاج السحب ينبغي إجراء تشخيص وعلاج للأمراض النفسية والجسدية المترافقة مع السحب والتي تعقبه كذلك.

لقد اعتقد العلماء لسنوات طويلة أنه من الخطأ إجراء السحب دون وجود دافعية مسبقة عند المريض أو دون وجود التزام من قبله لإجراء علاج طويل الأمد بعد ذلك بسبب النسبة العالية من الانتكاس. غير أنه قد ظهر أن هذا الاعتقاد يمثل خطأ تقنياً. وقد تغير الحال في الدول الغربية وأمريكا من خلال إجراءات كثيرة تم اتخاذها. ومن هذه الإجراءات على سبيل المثال إحضار أكبر عدد ممكن من المتعالجين إلى أكبر عدد ممكن من الجلسات العلاجية، حتى وإن استفاد عدد محدود جداً من الإجراءات العلاجية في النهاية. وقد أدى هذا إلى تغيير الاتجاهات بحيث أصبح كثير من المعنيين يلجئون من تلقاء أنفسهم للعلاج دون أي إلزام أو إجبار.

ومؤخراً يتم استخدام إجراءات علاجية كان قد تم تجربتها في ثمانينيات القرن العشرين، على نحو اقتراحات تغيير شكل التعاطي أو اقتراحات اتخاذ إجراءات معينة من أجل تجنب الانتكاس. والهدف من ذلك هو الاستغلال العلاجي النفسي

للفراغ الذي ينشأ نتيجة للإجراءات الطبية. وكل ذلك بهدف تنشيط دافعية المريض نحو إجراء علاج طويل الأمد.

والتطور الآخر الحاصل في علاج السحب، والذي كان يعد حتى فترة قصيرة من الأخطاء الفنية كذلك، هو إجراء السحب في المستوصفات أو العيادات الخارجية. والهدف من ذلك هو دفع المتعلقين غير المستعدين للإقامة في المستشفيات إلى إجراء علاج للحسب. وقد أثبت هذا الإجراء فاعليته.

7.2.14- علاج التعود في العيادات الخارجية

بعد إجراء علاج للسحب لا بد من إجراء علاج لأشهر متعددة تطلق عليه تسمية علاج التعود "أو علاج الإقلاع عن التعود" بهدف إنهاء التعلق النفسي لتجنب الانتكاس. وفي حالة التعلق بالأفيونات يتم إجراء هذا الشكل من العلاج بشكل مترافق مع دواء بديل، ألا وهو الميثادون. وعلى الرغم من أن هذا الدواء ينتمي لطائفة الأفيونات إلا أنه يتم إنتاجه بصورة مراقبة طبياً ويتم وصفه تحت شروط مضبوطة.

وعلى الرغم من الخبرة التي يبلغ عمرها الآن أكثر من عشرين عاماً مع الميثادون إلا أنه حتى الآن يوجد نقاش في بعض الدول حول استخدامه في العلاج. وفيما يلي بعض وجهات النظر المتعلقة بهذا الموضوع:

1- يهتم واحد من هذه المظاهر بالتعويض، حيث ترى أن مجموعة لا بأس بها من المرضى تظل متعلقة بالدعم الدوائي (العلني) المستمر طوال عمرها تقريباً ومن ثم فإنها تفتقد الدافعية نحو التخلص من العقار.

2- الموضوع الثاني الذي يتم نقاشه يتعلق بالتنفيذ الأمثل للعلاج. والمقصود بذلك فيما إذا كانت هناك مراقبة دقيقة للعلاج ولكميات العقار الذي يتم وصفه ولنوعية المتعالجين الذين يتم وصف العقار لهم والاستبعاد عند خرق القواعد... الخ. وهذا يقود إلى ارتفاع نسبة ترك العلاج وتخفيض نسبة الوصول إلى المجموعات الهدف.

3- مبدأ آخر يناقش مسألة إمكانية حصول أكبر عدد ممكن من المتعالجين

على العلاج التعويضي أو توفيره بحيث يستطيع من حيث المبدأ كل متعلق الاستفادة منه. الأمر الذي يمكن من عدم استبعاد أي شخص من العلاج وبالتالي يمكن التخلي عن فكرة العلاج النفسي الاجتماعي طويل الأمد والتناول طويل الأمد للعلاج التعويضي. وتعد إمكانية الوصول إلى المرضى أفضل كما أن نسبة البقاء أعلى. غير أنه لا بد من المغامرة هنا بمجموعة من الأعراض الجانبية على نحو ازدياد نسبة الاتجار غير الشرعي بالميثادون وارتفاع نسبة الحوادث بسبب تناول جرعات زائدة وصولاً إلى حوادث الموت والاستمرار بإدارة حياة إدمانية بما يترافق معها من أنماط سلوكية معروفة.

ووفق خبرات منظمة الصحة العالمية أمكن في السنوات الأخيرة الوصول إلى الاستنتاجات التالية من نتائج دراسات أمريكية على الأغلب:

- 1- يخفض التعويض بالميثادون استخدام الهيروين والعقاقير الأخرى غير القانونية وكذلك السلوك الجنائي بشكل أفضل من مما هو الأمر عليه بالنسبة لمجموعة ضابطة أو مما هو الحال عليه بالنسبة لعلاج سحب واعتياد دون استخدام الميثادون.
- 2- يتساوى تأثير التعويض بالميثادون في المعايير المذكورة في النقطة السابقة مع العلاج الداخلي والخارجي الذي يتم دون استخدام أية عقاقير تعويضية.
- 3- نسبة الانتكاس في العلاج التعويضي بالميثادون تكون أقل بشكل واضح مقارنة بكل أشكال العلاج الأخرى.

وما زالت هناك دراسات قليلة حول العلاج طويل الأمد للتعويض بالميثادون. والقطع القسري من قبل المعالج للميثادون يقود إلى الانتكاس بنسبة 100% من الحالات. لهذا من الضروري أن يتم تدرج المتعلقين بالعقاقير نحو التخفيض التدريجي للميثادون ومن ثم التخلص منه كلية. غير أن تحقيق مثل هذا الهدف يشترط وجود محيط اجتماعي عالي الاستقرار وابتعاد انفعالي عن مسرح العقاقير، وإلا سيزداد مقدار الاستهلاك المرافق للعقاقير غير القانونية، بسبب انخفاض تأثير العقار التعويضي.

8.2.14- علاج التعود داخل المستشفى

يتمركز العلاج داخل المستشفى بشكل أساسي حول السحب، أي حول عدم التعاطي مرة أخرى. ويستمر العلاج بسن الأشهر الستة إلى السنة. ويمكن التمييز بين تصورين مركزيين اثنين، بينهما معابر متعددة:

- 1- الجماعات العلاجية بوصفها مبدأ للمساعدة الذاتية مؤلف من المتعلقين السابقين.
- 2- الأقسام العلاجية المتخصصة ذات البرنامج العلاجي المحدود زمنياً يقوم على أساس من المدارس النفسية العلاجية. ويوجد أحياناً خلط مفاهيمي إلى حد ما حيث يتم اعتبار الأقسام المتخصصة جماعات علاجية.

وترجع أصول الجماعة العلاجية إلى مبادئ أمريكية ترجع إلى ستينيات وسبعينيات القرن العشرين وبشكل خاص إلى الجماعة العلاجية الأولى التي سميت سينانون Synanon التي تم تأسيسها وفق مفهوم مجموعات المساعدة الذاتية للكحوليين المغفلين. وقد أسس هذه الجماعة شارلز ديتريش Charles Dietrich في عام 1958 في كاليفورنيا في الولايات المتحدة الأمريكية، الذي كان متعلقاً سابقاً واشتملت على 50 قاطن. ومن المبادئ التي شهت كذلك بيوت فونيكس وأوديسا، وكلها في أمريكا، وتم نقلها إلى بعض الدول الأوروبية. ومقارنة بالولايات المتحدة الأمريكية لم يترسخ في ألمانيا مبدأ مجموعات المساعدة الذاتية، إذ يوجد أقل من خمسة أقسام من أصل 100 قسم مركزي للتعلق بالعقاقير يمكن تصنيفه ضمن هذا النوع. وتشارك تصورات مجموعات المساعدة الذاتية جميعها بالسمات التالية:

- 1- نسبة مرتفعة من القبول مع اختبار للدافعية والتنازل المطلق عن كل العلاقات الاجتماعية لعدة أشهر.
- 2- "السحب البارد"، أي السحب دون استخدام أدوية ولكن مع مساعدة انفعالية شديدة من قبل القاطنين الآخرين.
- 3- منع مطلق لاستخدام أي مادة ذات تأثير نفسي بما في ذلك التبغ.
- 4- إدارة من خلال المتعلقين السابقين.

- 5- الحياة ضمن بنية سلطوية شديدة مع هرمية شديد ونظام يقوم على التوسيع المتتالي لحق الحرية الشخصية والمزايا المادية وتحسين الوضع.
- 6- نظام صارم للعقوبات عند خرق القواعد، على نحو سحب المكتسبات وصولاً إلى حلاقة الرأس).
- 7- انشغال شببيه جداً بما يتم في الحياة اليومية والتي تمثل المصدر الوحيد لدخل الجماعة العلاجية.
- 8- اللقاء اليومي للجماعة كأجراء علاجي بهدف التنظيم الإداري للحياة المشتركة، وممارسة "ألعاب"، أي (علاج باللعب) بالمعنى العلاجي النفسي الضيق و"رحلات"، الذي يمثل لقاء للجماعات يتم التخطيط له على المدى البعيد، مع نقاش حاد confrontative حول أنماط السلوك والاتجاهات والتعبير المرتبطة بالعقار للأعضاء منفردين.
- 9- توجهات مدى الحياة (عند جماعة Synanon).

وفيما يلي من الحديث سنقارن أهم الإجراءات التي يتم العمل وفقها داخل برنامج علاجي سلوكي لاضطرابات الوظيفة والنمو في متلازمة التعلق التي تم التعرض لها مسبقاً.

أظهرت الخبرة أنه في إطار العلاج السلوكي من المفيد تصميم برنامج علاجي تفريقي مفصل على المريض، حيث أن هذا النوع من البرامج يكون مكلفاً للغاية من الناحية التشخيصية والعلاجية مقارنة بالبرامج العريضة.

تقوم كل الأقسام العلاجية المركزية المتخصصة بتوليف إجراءاتها بدرجات مختلفة مع مبادئ المجموعات العلاجية (مفاهيم أو تصورات المساعدة الذاتية). ومن ضمن ذلك على سبيل المثال الحياة المشتركة ضمن أطر غير طبية والتنفيذ المشترك للأعمال من أجل الإدارة الذاتية (التنظيف والتنظيم والطبخ...الخ)، وتصميم مجرى اليوم بشكل أقرب ما يكون للحياة اليومية مع انشغال مقارب للواقع واشتراك القاطنين في قبول الحالات الجديدة أو تخريج الحالات وترفيه الأعضاء إلى مرتبة

أعلى. وتشتمل البرامج العلاجية كلها بالإجراءات العلاجية الاجتماعية كالمساعدة في تسديد الديون والمساعدة في إيجاد منزل وإعادة التأهيل في دورات تعليمية أو تأمين عمل.

9.2.14- فاعلية العلاج

1.9.2.14- مشكلات طرائقية

ترتبط الدراسات المتعلقة بنتائج علاج المتعلقين بالعقاقير بصعوبات جمة. فالدراسات المضبوطة بدقة التي تتضمن عينات عشوائية نادرة جداً. ويرجع سبب ذلك أن المتعلقين بالعقاقير يحتاجون دائماً إلى تدخلات شاملة التي لا يمكن تنفيذها إلا في إطار المؤسسات المتوفرة. وإذا ما توفرت دراسات فإنها تتمركز في الأعم الأغلب على فاعلية الأساليب العلاجية منعزلة، على نحو إطفاء المثيرات الإشرافية المتعلقة بالعقاقير في إطار العلاج السلوكي أو التعويض بالميثادون، على نحو تعديل الجرعة أو عدد مرات تحليل البول. وكل الدراسات الكبيرة المتوفرة التي تستخدم برامج عدة عبارة عن دراسات ميدانية.

وفيما يلي عرض للاضطرابات الوظيفية النفسية المرتبطة بالتعلق والإجراءات العلاجية المتبعة.

اضطرابات الوظائف النفسية	الإجراءات العلاجية
اضطرابات الإدراك: - يؤثر عدد كبير من (الأفكار) الداخلية الحيادية بالأصل والمثيرات الخارجية (القهاوي، ازدحام الشوارع) كمثيرات خارجية extern للسلوك التلقائي (على نحو إثارة أعراض السحب والرغبة بالعقار، الحصول عليه، استهلاكه).	- جمع المثيرات الفردية - وقف الأفكار - الحساسية المغطاة Covered sensibilization - تمارين الرفض

اضطرابات الوظائف النفسية	الإجراءات العلاجية
اضطرابات الذاكرة: - اضطرابات في التركيز	- الرفع التدريجي لصعوبة الوظائف (مع وجود اتفاق contract).
اضطرابات التفكير اضطرابات في حل المشكلات: - أطوار تستمر طويلاً من الأفكار القهرية المحدودة حول خبرات نشوة العقار، وحول تجيد الاستهلاك والطرق الملائمة للحصول على المادة - حل أحادي الجانب للمشكلات من خلال الهروب إلى التعاطي من جديد.	- وقف الأفكار - التمرن على ممارسة سلوكيات بديلة - تحليل المشكلة والتمرن على اتخاذ القرارات.
اضطرابات الكلام: - ذخيرة محدودة من الكلام فيما يتعلق بالتعبيرات الانفعالية - ذخيرة لغوية تدور حول التعاطي	- إطفاء المصطلحات المتعلقة بالعقاقير. - أساليب ضبط الذات.
الاضطرابات الانفعالية: سلوك اندفاعي غير متزن وغير متناسب مع الموقف (سلوك عدواني لفظي وجسدي، ميول انسحابية، سلوك اكتسابي) مزاج متأرجح باستمرار.	ملاحظة ذاتية التمرن على التواصل لعب الأدوار.
اضطرابات الدافعية: - ضعف القدرة على إيجاد الحلول الوسط - ضعف القدرة على مواجهة المواقف الصعبة والمهام طويلة الأمد. - ضعف التحمل تجاه تباطؤ حصول خبرات النجاح. - ضعف القدرة على التعامل مع الإخفاق.	- تصميم المواقف الصعبة - لعب الأدوار - اتفاق يتضمن تدرج في درجة صعوبة المهام.

اضطرابات الوظائف النفسية	الإجراءات العلاجية
اضطرابات الجهاز النفسي الحركي - تباطؤ شديد أو سيكوسوماتية هائجة (يتعلق ذلك بنوعية التأثير الصيدلاني للمادة) - تختفي الأعراض الجسدية بعد فترة طويلة من التوقف عن التعاطي. - التمرن على القيام بنشاطات.	

اضطرابات نمائية في مجال إدارة الحياة	الإجراءات العلاجية
(بداية استهلاك المادة في المراهقة أو سن اليافوع) - سلوك (طفلي) غير متناسب مع السن (مثال: عدم تحمل المسؤولية). - نقص القدرة على إدارة حياة مستقلة. - عدم الالتحاق بالمدرسة أو بمهنة ما أو التسرب. - سوء تنظيم وقت الفراغ أو فقدانه كلية. - عدم وجود جماعة أتراب أو الانتماء إلى مجموعات من المتعاطين. - غياب العلاقة الزوجية أو إذا كانت موجودة تكون علاقة مع شريك مدمن أيضاً ومرتبطة على الأغلب باضطرابات جنسية وعلائقية.	- تجميع الاهتمامات (المهنية، وقت الفراغ) - التمرن على لعب الأدوار (التمرن على جلسة مقابلة للحصول على مهنة مثلاً، التواصل، الثقة بالنفس). - علاج زواجي وجنسي. - عمل يومي متدرج الصعوبة (مترافق مع نظام نقاط). - اتصالات (مثال: تحمل المسؤولية).

3.14- الكوكائين والمنشطات الأخرى

يتم الحصول على الكوكائين من أوراق شجرة الكولا التي تنمو بكثرة في الأماكن المرتفعة جداً من مناطق أمريكا الجنوبية. ومنذ مئات السنين درج سكان أمريكا الجنوبية الأصليين على مضغ أوراق هذه الأشجار كي يتمكنوا من العمل على هذه المرتفعات العالية، وما زالت هذه العادة مستمرة حتى يومنا هذا. وتأثير الأوراق المضغوغة أقل بكثير في الواقع من التأثيرات التي يسببها استهلاك الكوكائين بأشكاله الأخرى.

أظهرت دراسة للمعد القومي لاستهلاك العقاقير في عام 1985 فقد ارتفع استهلاك الكوكائين في الولايات المتحدة الأمريكية بين عامي 1982 إلى عام 1985 من 4.2 مليون إلى 5.8 مليون شخص. وعلى الرغم من أن استهلاك الكوكائين قد انخفض بشدة منذ عام 1985 إلا أن عدد المتعلقين بالكوكائين قد ازداد بنتيجة انتشار تعاطي الكراك "Crack".

والكوكائين وأشكال أخرى من المواد كالأمفيتامين amphetamine (الذي تطلق عليه في السوق تسمية speed) عبارة عن عقاقير تهيج الجهاز العصبي المركزي. ويتمركز تأثيرها بشكل خاص على رفع نشاط المستقبل العصبي الكاتيكولامين catecholamine في الدماغ (وبشكل خاص الدوبامين والنوريبينيفين Dopamine and Norepinephrine) الذي ينتج عنه شعور مكثف وقصير بالحيوية Euphoria والنشاط والعافية. كما ويرفع هذا العقار الطاقة واليقظة الذهنية. ولا يستمر هذا التأثير الموقظ للكوكائين أكثر من ثلاثين دقيقة (15-30 دقيقة)، إلا أنه في الأشكال الأخرى مثل speed يستمر لمدة عشرين ساعة تقريباً. يعقب هذا الطور "سقوط" على شكل تعب وهياج وعصبية وتوتر وتعكر مزاج واكتئاب. بعدئذ يشعر المرء بتوق رهيب لتناول الكوكائين أو أي عقار منشط آخر من أجل الخروج من هذا "السقوط". غير أن الذي يحصل هو ازدياد القدرة على التحمل، إلى درجة أنه خلال ساعات عدة يتضاءل "الصعود" الناجم عن تعاقب الجرعات وراء بعضها إلى أن لا يعود يحدث على الإطلاق. فيميل متعلق الكوكائين إلى الإفراط، الذي يتزايد بالتدريج مع تضاعف في التأثير ومن أجل تجنب "السقوط" المزعج.

تطلق على الكوكائين تسمية "شمبانيا" السموم الإدمانية. فهو مادة شديدة التنبيه stimulant والتخدير anesthetic ويسبب مثل الهيروين شعوراً نشوياً لا يعقبه حالة من النعاس كما هو الأمر في الهيروين وإنما حالة من ارتفاع للوعي والتركيز وشعور بالرغبة والقدرة الكلية omnipotence.

وغالباً ما يتم وصف الحيوية المرتبطة بالكوكائين بتعابير جنسية، ويقول غالبية المستهلكين أنهم يتعاطونه من أجل رفع شدة الخبرات الجنسية. غير أن الاستهلاك المزمن للكوكائين والمواد الأخرى الرافعة للطاقة تدمر الطاقة الجنسية وتدفنها وتقود إلى فقدان الرغبة الجنسية وقد تدفنها إلى الأبد.

1.3.14- أنماط الاستخدام

يتم تناول الكوكائين بطرق ثلاثة في العادة:

- 1- عن طريق الشم في حالة البودرة.
- 2- عن طريق الحقن الوريدي في حالته السائلة
- 3- عن طريق التدخين بعد تحضيره بطريقة خاصة.

ويتم تعطي "الكراك Crack " وهو الشكل المتداول من الكوكائين (مادة مستخلصة من الكوكائين بطرق كيميائية أو ما يسمى Freebase-cocaine) في السوق عن طريق التدخين. ويتم امتصاصه عبر الرئتين بسرعة كبيرة، الأمر الذي يقود إلى ارتفاع تركيزه في الدم بسرعة كبيرة. وبما أن التأثير يخدم بسرعة يضطر مستهلك "الكراك" إلى التدخين بفواصل زمنية قصيرة من أجل أن يظل في حالة النشوة. ولهذا فإن "الكراك" من المواد المسببة بسرعة للإدمان ويعد من المواد الخطيرة جداً.

ويتم استهلاك الأمفيتامينات (المنشطات) عن طريق الفم على شكل حبوب أو عن طريق الحقن الوريدي. مع العلم أن طريقة الحقن الوريدي هي الطريقة الأسرع نحو التعلق والأخطر.

إن غالبية مستهلكي المنشطات "يعالجون" من خلال تعاطيهم غالبية التأثيرات

الجانبية للتعاظم كفقدان القدرة على النوم من خلال عقاقير مهدئة كالكحول أو الأفيونات أو المنومات ولهذا فهم غالباً ما يعانون من مشكلات مركبة للتعاظم.

2.3.14- أعراض وتأثيرات التعلق

يسبب استهلاك المنشطات أعراضاً مختلفة جداً عن بعضها. وعلى الرغم من حدوث التحمل وأعراض سحب، غير أنها أقل شدة من التثبيت على العقار والتوق نحو تعاظمه بسبب ما يحدثه من مشاعر خارقة للذة. وعند تعاظم العقار وبسبب التوق المتزايد لتعاظمه تفقد التصورات القيمة ومشاعر المسؤولية التي كان الشخص يتمسك بها في السابق من قيمتها، ويتم إهمال المسؤوليات تجاه الأسرة والمهنة والتخلي عن الواجبات الشخصية.

وتتملك كل المنشطات تأثيراً ساماً على الجهاز العصبي المركزي وفي النهاية تأثيراً مزعجاً. فيقود استهلاكها المزمّن إلى النوام lethargy والاكتئاب وتعكر المزاج والبارانويا بل وحتى إلى الذهان البارانوي التي يصعب التفريق بينها وبين الذهان الحاد أو الفصام.

ومن العواقب الوخيمة لاستهلاك الكوكائين والمواد المنشطة الأخرى التبدل في سلوك وشخصية المتعاظم. فمستهلكي المواد المسببة للإدمان يفقدون أدنى درجات الشعور بالمسؤولية ويصرفون أكثر مما يسمح به دخلهم ويميلون تنحو العنف وعدم الخجل. ومن الممكن أن يكونوا معرضين لخطر الانتحار كذلك.

3.3.14 العواقب الصحية

يمكن للكوكائين والمنشطات الأخرى التي تسبب الموت عند تناول جرعة زائدة أن تسبب مضاعفات جسدية شديدة ومختلفة. فهذه العقاقير تسبب إرهاقاً شديداً للقلب ويمكنها أن تحدث عدم انتظام خطير في ضربات القلب Arrhythmia والذبحة القلبية والسكتة المفاجئة. كما يمكنها أن تثير نوبات صرعية. ومن ضمن المشكلات التي يمكن أن تسببها ضغط الدم ونوبات الإغماء وانثقاب جدار الأنف من خلال شم الكوكائين وفقدان الوزن وسوء التغذية.

أما تعاطي الكوكائين عن طريق الحقن فيسبب كل المضاعفات التي ذكرناها سابقاً الناجمة عن التعاطي عن طريق الحقن.

الحوامل اللواتي يتعاطين الكوكائين يمكن أن يلحقن الأذى الشديد بالجنين النامي في بطونهن.

4.14- المسكنات والمنومات والمهدئات

المسكنات والمنومات Sedativa\Hypnotica والمهدئات Tranquilize عبارة عن أدوية تكبح الجهاز العصبي المركزي وتسبب النوم والاسترخاء وتخفف القلق.

ومن ضمن هذه الفئة من الأدوية التي كانت تستخدم بالأصل في الطب التخديري وفي معالجة أشكال معينة من النوبات الصرعية، يمكن تعداد حامض البيريبتوريك Barbiturate والبنزوديازيبانات Benzodiazepane التي يتم وصفها عادة كمنومات وضد حالات القلق. وعندما يتم تناولها مع المشروبات الكحولية تضاعف هذه الأدوية من مفعول الكحول. وغالباً ما يستخدم المدمنون المسكنات أو الكحول أو كليهما معاً من أجل تخفيف العواقب المزعجة للمواد المنشطة. إن التوليف بين تعاطي الكحول والمسكنات يمكن أن يقود إلى الموت.

وبما أنه يغلب أن يقوم الأطباء بوصف المنومات أو المسكنات أو المهدئات لأغراض علاجية فإنه من الصعب تقدير مدى استخداماتها غير الطبية ومدى سوء استخدامها.

وعلى ما يبدو فإن هذه الأدوية تمثل لدى أشخاص معينين خطراً إدمانياً، على الرغم من أنه يصعب تحديد العوامل الاستعدادية التي تهيئ لحصول التعلق. ومن العوامل الاستعدادية المسبقة وفق أحدث المعارف في هذا المجال وجود متعلقين بالعقاقير ومدمنين كحوليين في الأسرة. وتمتلك المسكنات تأثيراً مشابهاً لتأثير الكحول. ولهذا السبب يرتفع خطر تعلق الكحوليين بهذا النوع من العقاقير. وبما أنه يصعب تقدير عوامل الخطر بالنسبة للتعلق، فإنه من المهم لكل شخص يتناول هذه الأدوية أن ينتبه لأي تغير في أسلوب نموه ومزاجه وحالته الصحية وسلوكه. وينبغي استشارة الطبيب حول أي علامة تظهر من علامات التعلق هذه.

1.4.14- أعراض التسمم والتعلق

يمكن أن تكون عواقب التسمم بالمسكنات والمنومات والمهدئات فقدان التنسيق وتباطؤ ردود الأفعال. ويمكن أن تكون هذه الأعراض خطيرة، وبشكل خاص عندما يكون عمل الشخص المعني مرتبط بالآلات أو يقود سيارة. وعند فرط الجرعة يمكن أن تسبب هذه العقاقير الموت. فعلى سبيل المثال يمكن للباربيتورات، أي المسكنات والمنومات، أن تسبب شلل الجهاز التنفسي ومن ثم تسبب الموت. أما الفاليوم والبنزوديازيبانات الأخرى فإنها تكبح الجهاز التنفسي، وبشكل خاص إذا تم تعاطيها مع الكحول، ويمكنها أن تسبب الموت. ويمكن لسوء استخدام المنومات والمسكنات المزمن أن يسبب الاكتئاب والقلق المتزايد والأرق وتغيرات الشخصية واضطرابات الذاكرة.

2.4.14- السحب

تشبه متلازمة السحب في هذا النوع من المواد أعراض سحب الكحول. وعندما يتم تخفيض كمية المادة بصورة مباشرة يمكن أن تظهر أعراض مختلفة مهددة للحياة. ومن هذه الأعراض يمكن تعداد الإحساس بالتوعل والتعرق وضغط الدم والحمى والارتجاف والقلق والتهيج ونوبات الصرع والبطاح والذهانات وحالة من التشتت العام.

3.4.14- العلاج

يشكل التخلي الكامل عن تعاطي هذه الأدوية واستهلاكها الخطوة الأولى الأساسية في التخلص من التسمم. وينبغي أن يتم التخلص منها تحت الإشراف الطبي. وعادة يتم التخفيض التدريجي للجرعة. ويمكن أن تظهر أعراض سحب وخيمة كالنوبات الصرعية إذا تم سحب الجرعة بشكل مفاجئ أو إذا تم تخفيض الجرعة بشكل سريع جداً. وعندما يتخلص الجسد من السموم فإنه يتم عادة اللجوء إلى الإرشاد وإجراء إعادة تأهيل. وقد أثبتت البرامج المذكورة بالنسبة للكحولية صلاحيتها بالنسبة لتعاطي المسكنات والمهدئات.

5.14- الماريجوانا

تتألف المراهونة أو الماريجوانا Marihuana والتي تسمى كذلك "الحشيش" أو "البوت Pot" من الأوراق المجففة لنبات القنب الهندي ويتم تعاطيه عادة على في السجائر أو الغليون. وتشير الدلائل إلى أن تدخين القنب قد كان سائداً منذ آلاف السنين في ثقافات مختلفة من العالم القديم.

ويذكر مدخنو الماريجوانا عدد كبير من التأثيرات كالنشاط والحيوية والإثارة وازدياد الخوف والبارانويا والشهية المتزايدة والجنسية المرتفعة والشعور بارتفاع القدرة على . وتوجد استخدامات طبية كذلك للماريجوانا في بعض الدول، على نحو تخفيف الغثيان التي تترافق مع العلاج الكيميائي وعلاج الماء الزرقاء في العين.

والحشيش Hashish عبارة عن مادة شبه قطرانية يتم تقطيرها من أوراق القنب الهندي. ويحتوي على تركيز مرتفع من قلويات القنب ذات التأثير النفسي ومن هنا فهو أشد تأثيراً من الماريجوانا.

1.5.14- عادات الاستهلاك

ينتشر استهلاك الماريجوانا بكثرة. فوفق تقديرات معهد ماكس بلانك للطب النفسي فإن ثلث اليافعين والراشدين تقريباً قد دخنوا الماريجوانا مرة واحدة على الأقل في حياتهم. ويعتبر كثير من الباحثين الماريجوانا "عقار الصعود" أي أن هذا العقار يخفف من شدة الكبح التي تعيق استخدام عقاقير أشد تأثيراً كالهروين أو الكوكائين. وقد قادت هذه الفرضية إلى نقاشات حادة. إذ أنه على الرغم أن غالبية مسيئي استخدام الهروين كانوا قد دخنوا "البوت" بانتظام في سنيهم الأولى، الغالبية العظمى من مدخني الأشكال المختلفة للماريجوانا لا ينتقلون إلى تعاطي الهروين. من ناحية ثانية فإن الاتصال بمحيط العقاقير المرتبط بالماريجوانا يسهل على الأغلب الوصول إلى العقاقير الأخرى والحصول عليها، على الأقل بالنسبة لبعض الناس، الأمر الذي يرفع من خطر سوء استخدام عقاقير أشد تأثيراً.

2.5.14- العواقب الصحية

لتدخين الماريجوانا تأثير شديد على الرئتين وطرق التنفس العليا ويمكن أن يقود عند التدخين الشديد إلى خطر الربو الشعبي والتهاب الجيوب الرئوية sinusitis والتهاب القصبات الهوائية. كما وتغلب ملاحظة التهابات الملتحمة واضطرابات إيقاع القلب. وتضيق الماريجوانا مساحة الانتباه عند الغالبية وتقتصر من زمن ردة الفعل.

3.5.14- أعراض التعلق وسوء الاستخدام

يدخن كثير من الأشخاص الماريجوانا ضمن جماعة من الأصدقاء أو "كملء لأوقات الفراغ" ومن خلال ذلك يبدو أنهم لا يعانون من أضرار أو أنهم يعانون منها بدرجات طفيفة. على الإطلاق. عدا عن ذلك يمكن أن تظهر أعراض من التعلق كالانشغال المستمر بالحصول على الماريجوانا أو تضررات الحياة المهنية والاجتماعية.

أما التدخين المستمر والدائم للماريجوانا فقد يقود عند بعض الأشخاص إلى اللامبالاة وانخفاض الدافعية وتضرر في القدرات العقلية والاستعرافية وضعف الذاكرة. وكثير من المتعاطين السابقين للماريجوانا يصفون عبورهم نحو التجفاف وكأنه شعور "بالخروج من غمامة".

4.5.14- العلاج والمشاركة ببرامج الإرشاد والعلاج

عادة ما تكفي برامج مثل مجموعات المساعدة الذاتية والعلاج ضمن المجموعة والعلاج الفردي لعلاج التعلق بالماريجوانا. ولكن عند وجود تعلق متعدد العقاقير لابد من إجراء علاج منظومي.

6.14- الفينيلتسيكليدين (PCP) Phenylcyclidin

يعرف الفينيلتسيكليدين والذي يرمز له اختصاراً PCP في عالم الإدمان تحت تسمية "الرماد الملائكي Angel Dust". وقد تم استخدامه بالأصل كمخدر في ميدان الطب البيطري. غير أن تجريب استخدامه على البشر للأغراض نفسها قد قاد لدى

عدد كبير من الأشخاص إلى ردود أفعال ذهانية بعد العملية. ولهذا السبب توقف استخدامه في الطب كمخدر للعمليات الجراحية.

ويتوفر الـ PCP على شكل بودرة أو حبوب أو سائل. غير أنه يتم تدخينه على الأغلب مع الماريجوانا. ويمكن أن يسبب حالة من الغبطة Euphoria، ولكن أيضاً ردود أفعال ذهانية بما في ذلك الهياج والبارانويا والتصورات الهذيانة والأهلاس وأعمال عنف. وتشبه أعراض التسمم الحاد بالـ PCP أعراض نوبة ذهان حاد من نوع الفصام الزوري (البارانوي) أو الهوس Mania. ومن الأعراض الأخرى المميزة للتسمم بالـ PCP حالات القلق الحاد وعدم الاستقرار الانفعالي والأفكار العظيمة ومشاعر تباطؤ الوقت.

وتسبب نشوة الـ PCP عدد كبير من الأعراض الجسدية، من ضمنها رؤية عمودية وأفقية vertical or horizontal Nystagmus، وهي عبارة عن حركات سريعة لمقلة العين كما هو الحال في حالة الدوار، وارتفاع ضغط الدم وسرعة النبض وشعور بالصمم وانخفاض ردود فعل الألم وتضرر التنسيق العضلي ولغة باهتة.

1.6.14- العلاج

يغلب أن نلاحظ سوء استخدام الـ PCP على شكل إفراط آني (تناول بالصدفة) أو على شكل أطوار في سياق استهلاك عقاقير أخرى. ولكن يمكن أن يلاحظ كذلك في شكل سوء استهلاك مزمن. وكما هو الحال في الأشكال الأخرى من سوء استهلاك العقاقير يتطلب العلاج الالتزام بالتجفاف والمشاركة ببرامج الإرشاد والعلاج.

7.14- مولدات الهلوسة Hallucinogens

تشكل مولدات الهلوسة فئة من العقاقير المختلفة التي تسبب تأثيرات بالحيوية والنشاط بما في ذلك الشعور متزايد لتبدل الوعي وتوسعه. كما ويمكن أن تظهر خداعات حسية أو أهلاس. ومن أشهر مولدات الهلوسة المعروفة مادة LSD، وهي مادة تركيبية والميسكالين Mescaline والبيوت Peyote، وهو ميسكالين مستخرج من

الصبار الأمريكي، والفطر المسمى البسيلوتسيبين Psilocybin الذي يحتوي على مادة تشبه مولدات الهلوسة. وحتى أقل كمية ممكنة من هذه المادة يمكنها أن تسبب تأثيرات نفسية سريعة.

وقد انتشر تعاطي مولدات الهلوسة في ضمن مجموعات معينة في إطار "ثورة الهذيان النفسي" التي انتشرت في ستينيات القرن العشرين. ولكن الصورة تبدلت في الوقت الراهن. وتشير الدراسات المتوفرة إلى تراجع تناول هذه المواد بصورة كبيرة. وعلى الرغم من ذلك يمكن أن نلاحظ وجود سوء استخدام لهذه المواد بين الحين والآخر.

1.7.14- العواقب الضارة

يمكن أن تكون عواقب مولدات الهلوسة نوبات التعرق وخفقان القلب واضطرابات البصر والارتجاف وتوسع حدقة العين ونقص في التنسيق الحركي. ويمكن للأفكار والسلوك أن يبدوان مشتتين وغير منتظمين ويمكن للمعني أن يصبح هلاسياً وزورياً أو يمكن أن ينزلق في حالة من الهياج ويفقد العلاقة بالواقع. ويمكن أن يحدث ارتجاع flashback، الذي هو عبارة عن عودة حالة من النشوة تظهر بعد أسابيع عدة من التسمم الحاد بنتيجة تباطؤ ردة فعل الدماغ على العقار.

مولدات الهلوسة لا تسبب في العادة الإدمان ومن غير المؤلف ملاحظة استهلاك مزمن واعتيادي، غير أنه يمكن ملاحظته أحياناً.

وفي حالة الضرورة يمكن وصف أدوية مضادة للذهان بصورة عابرة.

2.7.14- المُسْتَنَشَقَات Inhalation

تسبب الغازات والأبخرة والمذيبات العضوية المختلفة حالات من الحيوية أو الغبطة Euphoria عندما يتم استنشاقها. ويمكن الحصول عليها بسهولة على شكل منتجات منزلية وصناعية رخيصة. ومن بين المستنشقات يمكن تعداد المواد التي تحتوي على الأصباغ أو الألوان واللواصق (ومن هنا أيضاً أتى مصطلح شم الغراء)، والبنزين والمنتجات البترولية الأخرى وماءات الكربون المكورة التي تحتويها المذيبات

ومزيلاات البقع، وأحادي أوكسيد النيتروجين، الذي هو عبارة عن مادة مخدرة مستخدمة طبياً، والموجود في بعض المنتجات الطبية والأثير والنيتروجين و"الموسعات" التي يشبه تأثيرها تأثير موسعات الأوعية المستخدمة في علاج الذبحات القلبية.

تغلب ملاحظة شم المواد المذكورة أعلاه لدى الأطفال والمراهقين وذلك بصورة متقطعة. ولكن يمكن في بعض الحالات الفردية أن يحدث الاستنشاق بصورة منتظمة ومزمنة مع كل تطور سمات سوء الاستخدام ومتلازمات التعلق والتوق الشديد وتضرر الوظائف ومتلازمات السحب عند التجفاف. ولهذا تعتبر المستنشقات من العقاقير المسببة "للصعود"، أي الذي يلحقه تعاطي عقاقير أخرى، لأن اليافعين غالباً ما يتحولون فيما بعد للكحول والعقاقير.

كما أن الراشدين الذين يستشقون بسبب طبيعة عملهم يمكن أن تظهر عليهم أعراض التعلق.

إن سوء الاستهلاك الشديد للمذيبات يمكن أن يسبب تسممات شديدة مع حالات من الهياج والتشتت والعنف ونوبات الصرع. وتشبه متلازمة السحب أعراض الكحولية أو أعراض سوء استخدام المسكنات استناداً إلى حقيقة أنها يمكن أن تكون مؤذية للصحة. إن الاستنشاق المزمن للمذيبات والاحتكاك المزمن اللاإرادي مع الأبخرة مضر بالصحة ويمكن أن يلحق الضرر بالدماغ والكليتين والنخاع العظمي ومجاري التنفس العليا والرئتين.

وينبغي أن يتم التجفاف والتخلص من السموم عند وجود حالة منتظمة من الشم تحت الإشراف الطبي كي يتم التعرف على أعراض السحب ومعالجتها. وبعد التجفاف والتخلص من السموم ينصح باستخدام برامج العلاج والإرشاد المستخدمة في الكحولية.

8.14- العقاقير التركيبية Designer drugs

وهي عبارة عن مواد حديثة في السوق نسبياً، يتم إنتاجها من قبل كيميائيين هواة بطريقة توليفية. وبما أنها حديثة فما زالت المعلومات عنها قليلة. ولكنها تشبه

في تأثيرها بصورة عامة تأثير المنشطات ومولدات الهلوسة . ومن أشهر هذه المواد مادة MDMA (3,4-Methylenedioxymeth-Amphetamine) والمعروف كذلك تحت اسم اكتسازيا ecstasy (النشوة الصوفية). وتسبب العقاقير التركيبية توسعاً للوعي يشبه تأثير مولدات الهلوسة.

الخطر الكبير للمواد التركيبية في إنتاجها بطرق غير قانونية ودون مراقبة طبية ، الأمر الذي يجعل المستهلك جاهلاً بما يتناوله. ففي إحدى الحالات دمر أحد العقاقير التركيبية تشكّل الدوبامين في الدماغ لدى أحد الياضعين الأمر الذي قاد إلى إصابته بشلل رعاشي (باركنسون). كما ويمكن أن تظهر عواقب نفسية ضارة شبيهة بتأثير مولدات الهلوسة والكوكائين والـ PCP . ومن الأعراض يمكن ذكر الزور والتصورات الهذيان وحالات الهياج ومولدات الهلوسة.

9.14- النيكوتين وتدخين التبغ

النيكوتين الموجود في التبغ عبارة عن مادة مؤثرة نفسياً ويمتلك تأثيراً مسبباً للتعلم. ويعد النيكوتين إلى جانب القطران أول أوكسيد الكربون المواد الثلاث الرئيسية في السجائر والسيجار والرجيلة. يدخل الناس النيكوتين في أجسامهم من خلال تدخين أو مضغ أو شم التبغ. ويمكن للتعلم بالنيكوتين أن ينشأ من خلال هذه الطرق الثلاث. كما ويتوفر النيكوتين على شكل علكة أو حبوب يستخدمها كثير من الناس الذين يريدون الإقلاع عن التدخين.

وللنيكوتين تأثير مهدئ ومنشط في الوقت نفسه. وهناك دلائل على أن التأثير المنشط للنيكوتين يرفع من قدرة المدخن على الإنجاز. وعليه يسهل تدخين التبغ إنجاز الأعمال الروتينية ذات الإيقاع الواحد لأنه تجعل المدخن أكثر يقظة وأشد تركيزاً وتكبح من الملل. كما ويعاكس التأثير المنشط للنيكوتين التأثير الكابح للكحول ، الأمر الذي يمكن أن يفسر ميل كثير من الأشخاص للتدخين عند تناول الكحول ، عدا عن ذلك فإن التأثير المهدئ للنيكوتين يكبح من الحالات السلبية من المشاعر، أي أن النيكوتين يمكن أن يخفف القلق لفترة عابرة، ويهدم الغضب والاكتئاب.

1.9.14- دلائل التعلق بالنيكوتين

- 1- الحاجة للتدخين بعد الاستيقاظ من النوم مباشرة.
- 2- عدم القدرة على التوقف عن التدخين على الرغم من المحاولات المتكررة للتوقف عنه أو لتحديد كمية السجائر المدخنة يومياً. ولا بد من الأخذ بعين الاعتبار أنه يصعب التوقف عن التدخين كلما ازدادت كمية السجائر المدخنة يومياً.
- 3- استمرار التدخين على الرغم من السعال أو البحة في الصوت وتأثير التدخين على صحة الأسرة.
- 4- عندما تقود محاولات التوقف عن التدخين أو محاولات تخفيضه إلى أعراض السحب أو إلى "نوبات نيكوتين". يمكن أن تظهر أعراض مختلفة أثناء السحب كالصداع والإثارة ونقص التركيز والأرق والارتجاف وازدياد الشهية والنعاس، وبشكل خاص التوق للسيجارة. وغالباً ما يعود المدخن إلى التدخين من أجل تجنب هذه الأعراض المزعجة.

2.9.14- عادات الاستهلاك

- وفقاً لدراسات معهد ماكس بلانك للطب النفسي في ألمانيا يدخن 40% تقريباً من الرجال وحوالي 25% من النساء.
- وتشير الدراسات أن نسبة المدخنين في أمريكا وأوروبا قد انخفضت في العقدين الأخيرين من القرن العشرين، وحتى بين اليابانيين. ولكن للأسف لا توجد دراسات حول نسبة المدخنين في الوطن العربي ولكن يعتقد أنها في تزايد، على الرغم من اتخاذ مثير من الإجراءات التي تحد من التدخين في وسائل النقل والمؤسسات العامة في كثير من الدول العربية.
- وتشير الدراسات الغربية إلى أن نسبة المدخنين بين الرجال قد انخفضت بشكل أسرع منها بين النساء.

3.9.14- الاستعدادات

تشير الدراسات إلى أن الأشخاص الذين عانوا من أطوار مديدة من الاكتئاب مع ما يترافق معه من أضرار في النوم والشهية وقدرتهم على القيام بوظائفهم اليومية معرضون لخطر كبير من التعلق بالنيكوتين أكثر من الأشخاص الذين لم يمروا بمثل هذه الحالة. بالإضافة إلى ذلك يرتفع خطر التعلق بالنيكوتين لدى الشاربين والأشخاص الذين يعانون من نقص في الانتباه.

كما أن القبول الاجتماعي للتدخين يرفع من خطر التعلق بالنيكوتين. فالأشخاص الذين ينتمون لمجتمعات تسهل التدخين أو على الأقل تتسامح معه يحتمل لهم أن يبدأوا التدخين بنسبة أكبر من المجتمعات التي لا تتقبل التدخين ولا تتسامح معه وترفضه. وهذا ما تم إثباته مؤخراً بصورة قاطعة في الولايات المتحدة الأمريكية حيث قاد الضغط القانوني والاجتماعي الشديدين لتراجع نسبة المدخنين، وذلك على عكس البلدان التي ظلت فيها القوانين والاتجاهات الاجتماعية على حالها.

بالإضافة إلى ذلك أظهرت الأبحاث أن الأشخاص الذين يمتلكون ماضٍ اكتئابي يخفون في التوقف عن التدخين عندما يحاولون ذلك ضعف الأشخاص الذين لا يمتلكون مثل هذا الماضي. وربما تفسر هذه الحقيقة لماذا يصعب على النساء، اللواتي تبلغ نسبة معاناتهن بالاكتئاب ضعف الرجال، الإقلاع عن التدخين أكثر من الرجال.

4.9.14- العواقب الصحية للتدخين

يسبب التدخين 30% من السرطانات ويسهم في حدوثها. إنه السبب الرئيسي في حالات السرطان ككل. ولعل سرطان الرئتين خير مثال على ذلك. و85% من حالات الموت بسرطان الرئتين يرجع سببها للتدخين. ومنذ أمد طويل أثبت العلماء أن سرطان الرئتين هو السبب الرئيسي للموت بالسرطان عند الرجال. وهناك أنواع أخرى من السرطانات تعزي للتدخين مثل سرطانات الحنجرة والمريء والفم والمثاني.

ويسبب التدخين 85% من أمراض الرئتين المزمنة والسبب الرئيسي في مرض انتفاخ الرئة emphysema. وبين 30-40% من حالات الموت بالذبحه القلبية تعزي للتدخين.

يزيد التدخين إفرازات حموض المعدة ويتم ربط التدخين مع الإصابة بالقرحة المعدية والمعدية (المعدية المعوية)، ويسبب تقرحات الفم وأمراض اللثة واضطرابات أخرى ليست من النوع الخبيث في محيط الحلق ويقود إلى ضعف حاسة التذوق عند المدخن. والنساء اللواتي يدخن أثناء الحمل يتعرضن لخطر الإجهاض والولادة المبكرة وموت الجنين، ويغلب أن يكون مواليدهم دون الوزن الطبيعي. كما ويتكرر موت الأطفال الرضع عند الأمهات المدخنات أكثر من غيرهن.

كما وأن ترقق العظام Osteoporoses يظهر لدى المدخنين بصورة أكبر، كما ويعتقد بوجود علاقة بين التدخين وانقطاع الطمث المبكر عند السيدات.

بالإضافة إلى ذلك يقوي التدخين تأثير عوامل الخطر الأخرى بالنسبة للقلب وأوعية الدورة الدموية وطرق التنفس. مثال ذلك: يمتلك المدخن الذي تتطلب ظروف عمله التعامل مع الصوف الصخري احتمالاً كبيراً للإصابة بسرطان الرئتين الناجم عن الصوف الصخري أكثر بكثير من الشخص الذي يعمل في المجال نفسه ولا يدخن. والتدخين مع وجود ارتفاع في ضغط الدم وارتفاع نسبة الكوليسترول في الدم يرفع من خطر الإصابة بالذبحة القلبية بدرجة خطيرة مقارنة بغير المدخنين.

5.9.14- عواقب التدخين السلبي

نتحدث عن التدخين السلبي عندما يكون غير المدخن مجبراً استنشاق الدخان الناجم عن شخص مدخن في الأماكن المغلقة. ومن التأثيرات السلبية الناجمة عن التدخين السلبي على غير المدخنين يمكن تعداد تهيج العينين واحمرارها، والصداع وسيلان الأنف وآلام الأنف والسعال. وإذا كان الشخص يعاني من الحساسية أو الربو يمكن أن يتضرر بشدة من خلال التدخين السلبي. ويمكن أن يقود التدخين السلبي لمجموعة من الأمراض منها لسرطان الرئتين، ويمرض أطفال المدخنين بأمراض الرئتين أكثر بكثير من أطفال غير المدخنين.

6.9.14- برامج الإقلاع عن التدخين القائمة على العلاج السلوكي

لا يمكن التعبير كفاية عن مدى أهمية التوقف عن التدخين. فمن خلال

التوقف عن التدخين يمكن تخفيض احتمال الإصابة بأمراض مختلفة والموت المبكر. لنأخذ كمثال عن ذلك تخفيض احتمال الإصابة بالذبحة القلبية. فخلال خمس سنوات من ترك التدخين ينخفض احتمال الإصابة بالذبحة القلبية ليتساوى مع نسبة غير المدخنين. وعندما يتوقف الإنسان عن التدخين فإن احتمال إصابته بسرطان الرئتين بعد عشر سنوات ينخفض إلى مستوى غير المدخن.

وهناك أشخاص يسهل عليهم التوقف عن التدخين وبعضهم الآخر يصعب عليهم ذلك. وكثير منهم ينجح منذ المرة الأولى وبعضهم يكرر المحاولات دون جدوى.

وتكاد تقترب نسبة الانتكاس عند المدخنين من نسبة الانتكاس في الأفيونات والكحول، وهي مرتفعة في كل الأحوال. والأشهر الأولى بعد الإقلاع هي الأصعب والأخطر بالنسبة للانتكاس. فمن ينجح بالتوقف عن التدخين لأشهر عدة يكون قد تخطى مرحلة الخطر، ومن استمر لسنة كاملة مقلعاً، فإن احتمال انتكاسه ضئيل جداً. وكما هو الحال في المواد الأخرى المسببة للتعلق، يرجع سبب الانتكاس في البداية إلى أعراض السحب المقيتة التي يعاني منها الشخص في البداية، حيث يعود المدخن للتدخين لتجنب هذه الأعراض غير المرغوبة. وكما هو الحال في كل الأنواع الأخرى من الإدمان لا يجوز للمدخن المتوقف عن التدخين تدخين ولو سيجارة واحدة، إذ أن التعلق يرجع بسرعة وبقوة لا تقاوم.

وعلى الرغم من أن نسبة كبيرة من المدخنين الذين يقررون التخلص من تعلقهم ينجحون بقوة إرادتهم الذاتية، يفشل آخرون وينتكسون. وفي مثل هذه الحالات يمكن لأنواع مختلفة من برامج الإقلاع عن التدخين أن تكون مفيدة.

بداية ينبغي على المرء أن يحاول مع البرامج تجريب البرامج المتوفرة له والأسهل تطبيقاً ولا تستهلك الوقت وغير مكلفة. وتتوفر مثل هذه البرامج عادة في أوروبا وأمريكا في المستشفيات والمستوصفات ومراكز الخدمات الصحية. وتقوم هذه البرامج بالدرجة الأولى على تعديل السلوك مع ربط ذلك بالتشجيع والدافعية والأخلاق. وهذه البرامج لا تستخدم الأدوية. كما يوجد عدد من البرامج مصممة خصيصاً للأشخاص الذين لا يستفيدون من البرامج البسيطة منها:

1- علكة النيكوتين ولواصق النيكوتين: ويتم استخدام هذه المواد لإكمال البرامج المذكورة أعلاه. وقد أظهرت الدراسات أن نسبة النجاح عند استخدام علكة النيكوتين أو اللاصق بالتوليف مع الإرشاد السلوكي تبلغ ضعفها مقارنة بمجموعات ضابطة. وتتيح علكة النيكوتين للمدخن بداية الاحتفاظ بتعلقه بالنيكوتين مع تخفيض عدد السجائر المدخنة بالتدريج. والإرشاد المنتظم مهم هنا. وكثير من مستهلكي العلكة يقلقون حول الأضرار الصحية التي يمكن أن تتجم عنها، غير أنه لا توجد حتى الآن دلائل على وجود أضرار بعيدة المدى.

ويتم لصق اللاصق النيكوتيني على الجلد حيث يتم امتصاص النيكوتين مباشرة في الدم. وتمثل اللواصق إمكانية بديلة من أجل الإقلاع عن التدخين.

2- التنفير: يتم هنا إجبار المدخن على التدخين المكثف، أي يظل يدخن ويستنشق بسرعة إلى أن تسوء حالته وينزعج. وخلال الوقت ينشأ لدى المدخن نفور من التدخين مما يسهل عليه التوقف عن التدخين. وهذا النوع من البرامج مكلف للمال ومستهلك للوقت. فمن حيث المبدأ فإن هذا النوع من البرامج يفترض من الإنسان أن يجلس ويدخن ساعة من الزمن يومياً ولمدة أسبوع على الأقل كي يحدث الأثر العلاجي. وبعد أسابيع كثيرة أو حتى أشهر يتم تخفيض الجلسات. وينبغي أن يتم كل ذلك بمراقبة طبية ومتخصصة.

3- طرق أخرى كالتنويم والإبر الصينية وما يشبه ذلك: ويتم استخدام هذه الطرق من قبل بعض المتخصصين. غير أن فاعليتها لم تختبر كفاية بعد.

1.6.9.14- كيف تحضر نفسك للإقلاع عن التدخين

يعد التحضير المتقن للإقلاع عن التدخين من العوامل المهمة التي تساعد الإنسان على التوقف عن التدخين إذا أراد ذلك. ويمكن للنقاط التالية المعروضة هنا أن تكون مفيدة إذا أراد الإنسان الإقلاع عن التدخين بقوة إرادته الذاتية:

1- خطط لذلك مسبقاً. ضع قائمة بالأسباب التي تدفعك للإقلاع عن التدخين. لا تذكر الأسباب الصحية فقط، وإنما اذكر كذلك دوافعك الشخصية على

نحو: "تقول زوجتي: لظمي رائحة كريهة بسبب التدخين." أو "أرغب بالإقلاع لرفع لياقتي الرياضية".

2- سجل لأيام عدة متى تدخن وأي. يمكن لمعرفة الأوقات والأماكن والحالات الانفعالية أو النفسية المرتبطة بالتدخين أن تساعدك على الإقلاع وعلى تجنب المواقف التي تشجعك على التدخين. فعندما تلاحظ مثلاً أنك تشعر بالحاجة إلى التدخين عند استيقاظك من النوم مع فنجان القهوة فيمكن للقيام بنشاط بديل أن يخفف من الإلحاح لتدخين سيجارة. أو يمكن تغيير المكان الذي تتناول فيه القهوة مثلاً... الخ.

3- حدد يوم الإقلاع بدقة. لا تختار يوماً تتوقف فيه عن التدخين يكون فيه عمل وإرهاق شديدين بالنسبة لك. يمكن أن تكون الإجازة أو العطلة هي الوقت المناسب لذلك. تمسك بالموعد الذي حددته لنفسك.

4- بدل من نوعية السجائر التي تستهلكها. وعلى الرغم من أنه لا توجد سجائر غير خطيرة، بدل نوعية السجائر إلى سجائر تحتوي كمية أقل من النيكوتين. فربما يساعدك ذلك على فقدان المتعة الناجمة عن التدخين. لا تقم بشراء كمية كبيرة من السجائر وإنما اشتر كل مرة علبة واحدة فقط "باكيت". لقد ظهر أن التدخين يصبح أقل بهذه الطريقة. إن معرفة الشخص بوجود علبة واحدة فقط معه يجعله أكثر اقتصاداً بالتدخين من ذلك الذي يعرف أنه يمتلك كمية كبيرة من السجائر.

5- حدد لنفسك الأماكن التي لن تسمح لنفسك بالتدخين فيها، على نحو مكان العمل أو المنزل أو غرفة النوم أو أثناء قيادة السيارة... الخ. إن تحديد الأماكن التي لا تسمح لنفسك فيها بالتدخين يقلل من كمية السجائر المستهلكة ويفقدك الرغبة في التدخين.

6- أخبر الآخرين عن قرارك. يتردد بعض المدخنين بإخبار الآخرين عن نيتهم، لأنهم يخشون من الفضيحة إذا فشلوا. ولكن اعلم أن غالبية الناس وحتى غير المدخنين منهم يعرفون مدى صعوبة الإقلاع عن التدخين. ربما يساعدك هؤلاء

في قرارك. ومن المفضل أن يشترك المدخن مع صديق له في التوقف عن التدخين أو التنافس مع الآخرين في الإقلاع عن التدخين.

7- قم بممارسة الرياضة، أو زد منها إذا كنت تمارسها. فأنت لا تستطع التدخين إذا كنت تمارس الرياضة. لذلك ابدأ ببرنامج رياضة. فجسدك يحتاج إلى كل مساعدة تستطيع تقديمها له من أجل أن يتخلص من أضرار التدخين. عزز من طاقتك وقوتك الجسدية وتناول كمية كافية من السوائل واحرص على الراحة الكافية والنوم المريح.

8- تنفس بعمق. فأنت لم تعتد التنفس بعمق إلا من أجل التدخين. جرب التنفس العميق والبطيء. هذه التقنية مفيدة جداً.

9- توقع النجاح ولكن لا تخف من الفشل في البداية أو الانتكاس. فالزلة ليست دليلاً على أنك فشلت. ففي كل مرة تحاول فيها من جديد يرتفع احتمال النجاح.

صفحة زوجية فارغة

يوضع بدلا عنها صفحة بيضاء عند الطباعة النهائية

الفصل السادس

الاضطرابات والمشكلات الجنسية

1- مدخل

يحتل الجنس موقعاً متميزاً في حياة الإنسان وعالم مشاعره. وإذا نظرنا إليه من حيث هو وسيلة طبيعية أوجدها الله سبحانه وتعالى في الإنسان من أجل التكاثر فإنه لا يمكن الاستغناء عنه أبداً من أجل بقاء واستمرارية البشرية والحفاظ على النوع. ويعد الانتماء لجنس معين، سواء كان ذكراً أم أنثى، جزءاً أساسياً من الهوية الجنسية لكل فرد. وهذا الانتماء يقوِّب شكل وبنية جسدنا ويؤثر على نمونا الجسدي وعلى الأدوار الاجتماعية التي نؤديها ويؤثر على حياتنا الانفعالية (النفسي) والاجتماعية بل وحتى على وجودنا الاقتصادي.

ويمكن لقدراتنا الجنسية - أو النقص فيها - أن يؤثر بعمق على صحتنا النفسية وعلى علاقاتنا الشخصية.

وعندما لا يكون الإنسان قادراً على أن يكون فاعلاً جنسياً أو على الاستجابة أو غير قادر التصرف حسب المعايير الجنسية السائدة في مجتمعه أو لا يتقبل جنسانيته (جنسه)، فإن ذلك يمكن أن يكون سبباً لمعاناة وخيمة ومؤلمة بالنسبة له.

2- لمحة تاريخية

أدرك الأطباء والعلماء أهمية الجنس وتأثيره على سعادة وصحة الإنسان منذ عصور ما قبل التاريخ وبحثوا فيه، وقدم العرب إسهاماتهم في هذا المجال. وفي العصور الحديثة اهتم الأطباء النفسيون وعلماء النفس والمعالجون النفسيون بمسألة

الجنسية الإنسانية. ففي نهاية القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين قدم علماء الجنس مساهمات مهمة في فهم الجنسية الإنسانية. فقد قام على سبيل المثال ريتشارد فون كرافت إيبغ Richard von Kraft-Ebig، وهو طبيب عصبي ألماني السلوك الجنسي المنحرف عن المعيار، الذي كان يعتقد في ذلك الوقت أنه يرجع لأسباب عصبية. ففي عام 1886 ألف كتاباً تعليمياً حول الاضطرابات الجنسية بعنوان الجنسية المرضية Psychopathia Sexualis. وقام هنري هافلوك إيليز Henry Havelock Ellis بإنجلترا بدراسة الطيف الكامل للسلوك الجنسي وكتب حول موضوع الجنسية الأنثوية والاستمناء والجنسية المثلية. وقد اعتبر الجزء الأول من دراساته الذي كان بعنوان دراسات في علم نفس الجنس Studies in the Psychology of Sex الذي صدر في عام 1897 كتاباً فاحشاً وتم منعه. أما مؤسس التحليل النفسي سيجموند فرويد فقد تناول الجنسية بالمعنى الواسع واعتبرها الأساس الذي قام عليها للتحليل النفسي. فقد افترض فرويد أن العصابات تنشأ من خلال الصراعات الجنسية في الطفولة. وقد كان فرويد باحث الحداثة الأول الذي أكد على أن الدافع الجنسي يمثل الطبيعة الديناميكية للطاقة الداخلية التي تحدد معالم الشخصية وتوجه السلوك الإنساني.

ومن أشهر علماء الجنس في أواسط ونهايات القرن العشرين العالم يمكن تعداد ألفريد كينزي وويليم ماسترز وفيرجينا جونسون. وقد اشتهر البيولوجي كينزي بدراسته للممارسات الجنسية للأمريكان الذكور والإناث، حيث صدرت دراساته بين عامي 1948 و 1953. أما طبيب النسائية ماسترز وزوجته عالمة النفس فرجينا جونسون فقد أجريا دراسات مخبرية لردود الفعل الجنسية. وقد مثل عملهما غير التقليدي الذي بدأ بنشره في ستينيات القرن العشرين الأساس الذي قامت عليه الأبحاث اللاحقة للجنسية الإنسانية والعلاج الجنسي المستخدم اليوم.

3- الجنسية السوية والجنسية المضطربة

يوجد كثير من المواقف والظروف التي يمكن أن تجعل الجنسية تضطرب. وسوف نتعرض فيما يلي من الحديث عن أكثر المشكلات الجنسية واضطرابات

الوظائف الجنسية شيوعاً والتي يمكن أن تقود إلى خبرة غير سوية للجنسية وتعرض لبعض طرق العلاج التي يمكن علاجها بها.

1.3- أشكال اضطرابات الوظيفة الجنسية

يمكن تصنيف الاضطرابات الجنسية في فئات ثلاثة:

1- اضطرابات الوظيفة الجنسية: وتحدث عن اضطرابات الوظيفة الجنسية عندما يتم كبح الدورة الجنسية الطبيعية ومن ثم يتضرر النشاط الجنسي. مثال ذلك الرجل الذي لا يستطيع الوصول إلى الرعشة أو السيدة التي لا تثار عندما يتقرب منها زوجها. . وهي لا ينظر إليها على أنها شذوذ بالمعنى الحرفي للكلمة وإنما هي اضطرابات ومشكلات لا علاقة لها بالانحرافات الجنسية. وهي قابلة للعلاج.

2- الشذوذ الجنسي Para philia: يشتمل هذا المفهوم طيفاً واسعاً من أنماط السلوك الجنسي التي لا تتطابق مع المعايير الاجتماعية. ولعل مصطلح الشذوذ الجنسي هو المصطلح الذي ينطبق على هذه الفئة فقط من الانحرافات الجنسية. ويتضمن هذا النوع من الانحرافات جوانب متعلقة بانحراف الدافع الجنسي عن موضوعه إلى مواضيع بديلة بحيث لا يتحقق الإشباع الجنسي إلا عن هذا الطريق فقط، حتى لو توفر الموضوع الجنسي الحقيقي. وهو نوع من التثبيت على موضوع بديل يحمل مزايا قد تقترب أو تبتعد عن الموضوع الجنسي الأصلي. وقد ترجع أسباب مثل هذا النوع من الانحرافات لعوامل بيولوجية مولودة، وتسهم فيها ظروف تربية مقبلة وخبرات طفولية مؤذية. ومن الأمثلة على هذا النوع من الشذوذ اشتهاؤ الأطفال والاستعراض الجنسي، والتماثلية...الخ.

3- اضطرابات الهوية الجنسية: وهي عبارة عن اضطرابات في إدراك الكينونة الذكورية أو الأنثوية للإنسان. أي إدراك الذكر نفسه على أنه أنثى مسجونة في جسد رجل.

2.3- النشاطات والممارسات الجنسية

ينبغي الأخذ بعين الاعتبار أنه من وجهة نظر الصحة النفسية لا يوجد عموماً شكلاً مقبولاً و"طبيعياً" للسلوك الجنسي. فبين زوجين راشدين ومتفقين يعد كل ما يفعلانه "طبيعياً" و"سويًا"، إذا كانا راضيان عن ذلك ويشعران بأن ما يفعلانه مقبول ومريح وغير مؤذ لهما.

وتختلف العادات والمداعبات الجنسية من مجموعة لأخرى بشدة ومن فرد لآخر. والممارسات الجنسية المقبولة في أي مجتمع من المجتمعات تتحدد من خلال الاتجاهات التربوية أو الثقافية والتربية الأسرية والمعتقدات الدينية والتيارات الاجتماعية والتفضيلات الفردية. فما يمكن أن يكون في مجتمع من المجتمعات أو في أسرة من الأسر نشاطاً جنسياً "طبيعياً" يمكن أن يكون في مجتمع آخر أو أسرة أخرى مستتكرًا بل وحتى ممنوعاً أو محرماً. هذا بالإضافة إلى أن المعايير الاجتماعية تتغير مع الوقت وتتأثر بالأحداث السائدة.

مثال ذلك في بداية القرن العشرين كان الاستمناء يعد أمراً غير صحي، أما اليوم فيعتبر العلماء أن الإشباع الذاتي نشاطاً جنسياً عادياً.

ولكن وجود كثير من الاتجاهات المتناقضة بالتفضيلات والممارسات الجنسية، نتيجة الجهل وعدم التوعية، يمكنها أن تؤثر على كفاءة الإنسان على القيام بنشاطه الجنسي كاملاً وتعيقه عن تقبل جنسيته الخاصة على أنها أمر طبيعي. إن التصرف جنسياً بطريقة تعد منحرفة عن المعيار أو مستتكرة من المجتمع يمكن أن يسبب للمعنيين وللآخرين مشكلات قانونية واحتقار اجتماعي وعقاب ديني ويمكن أن يقود إلى معاناة نفسية مقيتة.

4- دورة ردة الفعل الجنسي

الوظيفة الجنسية الإنسانية عبارة عن نتيجة لتفاعل مركب بين الجهاز والعصبي المركزي الذي ينظم الوظائف الحيوية الواقعة خارج نطاق التحكم الإرادي للعضوية وجهاز الدوران الذي تجري فيه الدورة الدموية والجهاز الهرموني الذي يوجه

إنتاج وطرح الهرمونات. وتتفاعل الأنظمة الثلاث المذكورة مع الأفكار والمشاعر الإنسانية.

وقد استطاع علماء الجنس الاستنتاج أن السلوك الجنسي يحدث عبر أطوار أربعة:

- 1- الشهوة: يمكن للرغبة الجنسية أن تحدث من خلال المثيرات الجسدية أو اللفظية أو من خلال النظر. كما أن التخيلات الجنسية تثير الرغبة الجنسية. ويمكن لهذه المثيرات أن تدفع الإنسان للقيام بنشاط جنسي من نوع ما.
- 2- الإثارة: وتمثل الإثارة مرحلة التوتر الجنسي (الاستحاثة Arousal) والرغبة الشهوية Erotic. وفي حال حدوث إثارة مناسبة تعقب ذلك تقوم الأعصاب شبه الودية Para sympathy بدفع كميات متزايدة من الدم في محيط الأعضاء الجنسية. وهذا يقود إلى حدوث انتصاب في العضوي الذكري لدى الذكور وانتفاخ المهبل والبظر عند الإناث vagina and clitoris ويتم إفراز سوائل للتربيط. ويتسارع عدد ضربات القلب. وعندما تستمر الإثارة تزداد حدة الرغبة.
- 3- النشوة Orgasm تصل أحاسيس الرغبة في هذه المرحلة إلى قممتها فيحدث القذف عند الرجل. أما الرعشة الجنسية عند المرأة فتتألف من تقلصات إيقاعية ارتكاسية reflexive-rhythmic Contractions للمهبل والعضلات المحيطة.
- 4- الاسترخاء: تعود الأعضاء الجنسية إلى حالتها الأولى، وينتظم إيقاع القلب والتنفس ثانية.

وعلى الرغم من أن المرأة تكون قادرة على تكرار الدورة نفسها مرة أخرى مباشرة بعد ذلك، يحتاج الرجل إلى فترة زمنية تتراوح بين الدقائق والساعات، كي يتمكن من تحقيق انتصاب من جديد. ويتزايد الزمن اللازم من أجل ذلك كلما تقدم الإنسان في السن. ففي سن المراهقة يمكن أن يبلغ الوقت اللازم من أجل التمكن من البدء من جديد عند الذكر فترة بسيطة قد تبلغ ثواني، وتصل في نهاية الثلاثين إلى نصف ساعة أو أكثر وفي سن الخمسين يبلغ متوسط الزمن بين 8 إلى 24 سنة.

بالإضافة إلى أنه يشير الأشخاص في سنوات العمر المتقدمة إلى أن زمن الوصول يصبح أطول في هذه السن.

ويمكن للعوامل الجسدية أو النفسية أن تسبب الاضطراب لهذه الدورة الطبيعية من الفعل والنشاط الجنسيين. فإذا وجد مثل هذا النوع من الاضطراب فإننا نتحدث عن الخلل الوظيفي الجنسي dysfunction.

5- اضطرابات الوظائف الجنسية

توجد مجموعة من العوامل الجسدية والنفسية يمكن أن تعيق دورة ردود الفعل الجنسية وتسبب مشكلات عدة على نحو فقدان الرغبة الجنسية أو فقدان القدرة على التهيج أو صعوبات في النشوة أو الألم أثناء الاتصال الجنسي أو القرف من الجنس.

وعلى الرغم من أنه ليس من المعروف كم إنسان يعاني في مجرى حياته من هذا الشكل من الاضطراب الجنسي الوظيفي أو ذاك، إلا أنه من المؤكد في المحيط العلمي أن نسبة هذه الاضطرابات عالية جداً. ففي دراسة عرضت في عام 1978 في مجلة نيو إنجلاند للطب New England of Medicine تم فيها مقابلة 100 زوج مثقف وسعداء أشار 40% من الرجال بأنهم يقذفون بصورة أبكر مما هم يرغبون أو يعانون من صعوبات في تحقيق الانتصاب أو الاحتفاظ به. وذكرت 63 من النساء صعوبات في تحقيق الإثارة الجنسية أو في الوصول إلى الرعدة. وأشار نصف الرجال الذين تمت مقابلتهم و 77% من النساء بأنهم في بعض الأحيان أو غالباً لا يشعرون بالرغبة في الجنس أو أنهم لا يكونون راضين عن نشاطهم الجنسي.

تتشترك كل من الأسباب العضوية والنفسية بالدرجة نفسها في حدوث هذه الاضطرابات الجنسية الوظيفية. وبعض الاضطرابات الأخرى لا ترجع إلى أسباب جسدية ونفسية مشتركة، وقد تكون نفسية خالصة أو نفسية خالصة.

1.5- الأسباب الجسدية

يمكن لأي مرض يصيب الجهاز العصبي أو إفراز الهرمونات أو جهاز الدوران أن يؤثر على الوظائف الجنسية ويسبب اضطرابها. وينطبق هذا بشكل خاص على تصلب الشرايين والتصلب المتعدد Multiple Sclerosis والجلطات الدموية في أوردة وشرايين القضيب والسكري وأمراض الكبد وفرط إفراز هرمون البرولاكتين، وهو هرمون يفرزه الفص الأمامي من الغدة النخامية وينظم إفراز اللبن في الثدييات والاكتهاب والخرف. وكذلك يمكن لإصابة الفقرات القطنية أو النخاع الشوكي أو انزلاق الفقرات وعملية البروستات أن تؤثر على أعصاب القضيب.

ويوجد عدد كبير من الأدوية التي يمكن أن تؤثر على ردود الفعل الجنسية من ضمنها مضادات الهستامين ومدرات البول والأدوية المختلفة المستخدمة في ضغط الدم. وكذلك الأدوية النفسية منها مضادات الاكتئاب يمكن أن تؤدي كذلك الدورة الجنسية الطبيعية. فمن التأثيرات الجانبية لمضادات الاكتئاب ضعف الانتصاب وصعوبات الرعشة. كما أن الهرمونات كالاستروجين يمكن أن تؤثر على الوظائف الجنسية. والعقاقير القانونية وغير القانونية كالكحول والهيروين والكوكائين وحتى التبغ والكافيين تعد من الأسباب التي تلحق الضرر بالوظائف الجنسية.

2.5- الأسباب النفسية

تعد الاضطرابات الانفعالية بما في ذلك الاكتئاب والاضطراب ثنائي القطب (الاكتئاب - الهوسي) من أهم الأسباب النفسية لاضطرابات الوظيفة الجنسية. فالمكتئبون على سبيل المثال يفقدون الرغبة في الجنس وكذلك الفصاميون والذين يعانون من اضطرابات في الشخصية والأمر نفسه ينطبق على الاضطرابات المرتبطة بالإرهاق.

كما أن القناعات الشخصية حول ما هي الممارسات الجنسية "الصحيحة" والكيفية التي "ينبغي" فيها على المرء التصرف فيها جنسياً، يمكنها أن تسبب اضطرابات شديدة في الوظيفة الجنسية. فلدى كثير من الناس تقود عدم المعرفة أو

التصورات الخاطئة حول ردود أفعال أجسادهم إلى عدم الرضى الجنسي. فعلى سبيل المثال تجهل كثير من النساء أنه دون إثارة كافية للبظر لن يتمكن أثناء الجماع من الوصول للعرشة. إن مجرد الجماع وحده لا يكفي لتحقيق إثارة كافية. والرجال الذين لا يعرفون هذا يبدأون مع الوقت بالتشكيك برجولتهم لأنهم لا يستطيعون إرضاء زوجاتهم، ويمكن لهذا الخوف أن يقود للعجز الجنسي.

وفيما يلي مجموعة من الأسباب النفسية المنتشرة التي تعتبر من ضمن الأسباب النفسية للمشكلات الجنسية:

- 1- الاكتئاب.
- 2- مشاعر الذنب اللاشعورية أو الخوف فيما يتعلق بالجنس.
- 3- الخوف من الفشل (قلق حول فيما إذا كان الإنسان قادراً جنسياً، أو إذا كان يمتلك قدرات جنسية كافية، حول فيما إذا كان الإنسان يحقق توقعات شريكه منه...الخ).
- 4- الخجل الناجم عن أسباب تربوية واجتماعية (كل الممنوعات والأوامر على نحو "ينبغي لك" "لا يجوز لك"، "عيب" التي ربينا عليها في إطار ثقافتنا).
- 5- الصدمات الجنسية: كغشيان المحارم والاغتصاب أو الخبرات المخجلة من الإخفاق الجنسي).
- 6- دور "المراقب": حيث يركز الإنسان على من يفعل شيئاً مع من، بدلاً من الاستغراق بالفعل الجنسي.
- 7- العلاقات الإشكالية: أي عندما ينتقد الشريك شريكه باستمرار أو يحط من مقداره وعندما يزعجا بعضهما البعض.
- 8- الصراعات النفسية: وهي عادة ما تكون عبارة عن حالات من التوتر اللاشعوري، والتي تحدث عندما تتصارع أو تتناقض الحاجات الداخلية والرغبات والأفكار مع بعضها، على نحو الشخص الذي لديه الإنسان مشاعر جنسية لا شعورية غير متمثلة تجاه أمه، والذي فقد اهتمامه بالجنس بعد أن ولدت زوجته طفلاً، ومن ثم تحولت زوجته إلى رمزاً لأمه.

ولعل واحدة من أكثر المشكلات ملاحظة هي عدم مصارحة الزوج أو الزوجة مشاعرهما الجنسية إلى الآخر. ولا يندر أن يكون الشركاء جاهلون بالحاجات والرغبات والمخاوف والتوقعات والميول الجنسية... الخ التي لشريكهم. فكثير من النساء مثلاً يتوقعن أن يعرف أزواجهن الكيفية التي يمكن أن يحققون فيها الإشباع لزوجاتهم، دون أن تخبره عما يرضيها ويمتعها. وكذلك الرجال، حيث أن كثير منهم يترددون في مشاركة زوجاتهم بما يرون أنه يساعدهم على تحقيق الفعل الجنسي. ويغلب ألا يتحدث الأزواج مع بعضهم حول مشكلاتهم التي يشعرون بها.

وأخيراً يمكن كذلك لأزمات الحياة والإرهاق والتعب والتقلبات المعتادة للمزاج أن تؤثر بصورة عابرة على العملية الجنسية. مثال ذلك الأمهات المرضعات اللواتي يمرن بأطوار من فقدان الرغبة ناجمة عن التعب. وعادة تعود الرغبة الجنسية بعد انتهاء الظروف التي قادت إلى ذلك. ولكن في حال عدم عودتها لفترة طويلة يمكن أن نتحدث عن اضطرابات في الوظيفة الجنسية، يحتاج إلى علاج.

3.5- اضطرابات الانتصاب عند الرجل وضعف القابلية للإثارة عند المرأة

ترجع اضطرابات الانتصاب عند الرجل وضعف القابلية للإثارة الجنسية عند المرأة إلى اضطرابات طور الإثارة في دورة الارتكاس الجنسي. فبالنسبة للرجال المعنيين إما أن يصعب عليهم تحقيق الانتصاب كاملاً أو الاحتفاظ به حتى النهاية (العنة Impotence)، أو يحصل انتصاب جزئي. ولدى النساء يمكن أن يكون لديهن صعوبة في الإيلاج المهلي.

ولدى كثير من المعنيين يوجد تاريخ سابق طويل من اضطرابات الانتصاب والإثارة منذ البداية، في حين تظهر لدى البعض الآخر في وقت لاحق.

عندما يظهر الضعف الجنسي أو المشكلات الجنسية بعد فترة من الحياة الجنسية الطبيعية، ينبغي استشارة الطبيب، حيث يمكن كنا أشرنا سابقاً لعدد من الأمراض أو الأدوية أن تكون السبب.

فإذا كان المرء يعاني مثلاً من اضطرابات انتصاب، فسوف يتم بداية تحويله

إلى طبيب متخصص بأمراض الجهاز البولي من أجل تحديد فيما إذا كانت هناك أسباب جسدية أم نفسية تؤثر عليه. ومن ضمن الفحوص الجسدية للرجل فحص التروية الدموية للقضيب وفحص حالة الأوردة والشرابين وفحص إمكانية وجود أضرار في الجهاز العصبي. وللأسف لم تتطور الفحوص الجسدية فيما يتعلق بالمرأة بالشكل الذي هي فيه عند الرجال على الرغم من أن الفحص الهرموني والجسدي يمكن أن يقود لوجود أسباب جسدية.

4.5- اضطرابات الرعشة

من بين اضطرابات الرعشة نشير إلى عدم حصول الرعشة (كف الرعشة) عند الأنثى والقذف المبكر عند الرجل.:

1.4.5- كف الرعشة عند المرأة

عندما لم تحقق المرأة أي إشباع جنسي منذ زواجها أو أنها تتأخر كثيراً في تحقيقها أو تعاني من صعوبة في تحقيقها فإننا نتحدث عندئذ عن كف الرعشة Anorgasmia. ويمكن للكف أن يكون أولياً، أي أنه لم يحدث ولا أية مرة، أو ثانوياً أي أن الرعشة كانت تحصل في السابق غير أنها الآن ليست كذلك، أو تكون مرتبطة بالموقف، أي أنها يمكن أن تعاني من مشكلات مع زوجها أو أنها تستطيع الوصول في وضعية ما ولا تستطيع في وضعية أخرى.

2.4.5- القذف المبكر عند الرجل

الرجل الذي يقذف بانتظام بسرعة، عادة حتى عند أقل إثارة جنسية، يعاني من اضطرابات القذف أو من القذف المبكر Ejaculatio praecox. ويعد القذف المبكر من أكثر الاضطرابات الوظيفية الجنسية انتشاراً لدى الرجال. ويتمركز العلاج على مساعدة المعني على تحمل درجات عالية من الإثارة دون أن يحدث القذف وتحطيم الخوف من خوفه من القذف المبكر.

5.5- اضطرابات الشهوة الجنسية

وهي عبارة عن غياب الرغبة الجنسية لفترة طويلة. وعادة ما يذكر الأشخاص الذين يعانون من فقدان الرغبة الجنسية بأنهم لا يمتلكون أية تخیلات جنسية ولا يهتمون بالجنس على الإطلاق. ويذكر البعض أنهم طوال حياتهم لم تكن لديهم حاجة جنسية على الإطلاق. ولدى البعض الآخر تظهر المشكلة بعد سنين طويلة من الحياة الجنسية السوية.

وقد تكمن خلف فقدان الرغبة أسباباً جسدية، لهذا ينبغي إجراء فحص طبي بداية. فقد تكون المشكلة هرمونية ويمكن معالجتها. وكذلك الاكتئاب والصراعات النفسية على نحو الخوف من التعبير عن الحاجات أو اضطرابات العلاقة. والعلاج الاستعرافي والسلوكي والزوجي يستطيع المساعدة هنا.

6.5- الاضطرابات الجنسية المترافقة مع القرف الجنسي

في هذا النوع من الاضطراب المترافق للقرف الجنسي يوجد رفض دائم أو متكرر لكل شكل من أشكال النشاط الجنسي مع الزوج يتصف بالخوف من الجنس وتجنبه. يغلب أن يكون السبب الغبن الجنسي (صدمة جنسية).

ويتمركز العلاج الجنسي في هذا الاضطراب على تحطيم المخاوف والسلوك التجنبي من خلال التخیلات بداية ومن ثم مع الزوج في المنزل. ويمكن لمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة أن تساعد في ذلك.

7.5- الألم المرتبط بالجنس

تكثر ملاحظة هذا النوع من الاضطراب عند المرأة، وهو الشعور بالألم عند الممارسة الجنسية. ويتطلب الأمر فحصاً طبياً لاستبعاد الأسباب الجسدية على نحو التهاب الغمد أو التهاب مجاري البول أو إصابة المهبل أو الأعضاء الجنسية بأشكال مختلفة من الأمراض أو أمراض المبيضين أو الرحم... الخ. فإذا تم استبعاد الأسباب الجسدية ينبغي البحث عن الأسباب النفسية المتمثلة في الخوف من الجنس. وعندما تظهر لدى المرأة تقلصات وتشنجات في الثلث الخارجي من المهبل فيغلب أن تكون الأسباب الصدمات النفسية هي الأكثر احتمالاً.

6- الشذوذ الجنسي

عندما يتم إجبار شخص ما دون إرادته على ممارسة الجنس أو تتم ممارسة الجنس مع موضوع جامد أو عندما تدور التخیلات الجنسية حول مثل هذه الأمور، وعندما تظهر هذه الأفعال والتخیلات بانتظام وتسيطر الاهتمامات الجنسية على المعني، فالمرجح وجود شذوذ جنسي عند المعني.

تطلق اليوم تسمية الحب غير السوي Paraphilia على تسمية الشذوذ الجنسي Perversion. ونحن نفضل استمرار استخدام مصطلح الشذوذ الجنسي باللغة العربية، لأن محتواه في النهاية هو انحراف الدافع الجنسي عن موضوعه الأصلي واتخاذ مواضيع بديلة، لا يمكن تحقيق الإشباع من دونها. وقد يرتبط هذا الأمر بأفعال قسرية واستغلال وأحياناً ارتكاب أفعال عنف. ومن هنا لا يمكن تسمية هذا النوع بتسمية أخرى أفضل من الشذوذ الجنسي.

ويتطلب تشخيص الشذوذ أن تستمر التخیلات الشاذة لأشهر ستة على الأقل وإما أن يقوم المعني، ذكراً كان أم أنثى بتنفيذ تخیلاته الشاذة (أي التخیلات الجنسية التي تتخذ من الجماد أو من الأطفال أو من الحيوانات أو ما يشبه ذلك موضوعاً لها)، أو على الأقل يعاني من هذه التخیلات بوضوح.

ومن أشكال الشذوذ يمكن الإشارة إلى:

1- الاستعراض Exhibitionism: يقوم الاستعراضيون بعرض أعضائهم الجنسية أمام أشخاص غرباء. وبعضهم يقوم بالاستمناء أثناء عرضهم أو يحاولون لمس ضحاياهم بالفعل.

2- المحاففة Fetteurism: وتطلق هذه التسمية على الملامسة أو المحاككة (المحاففة) بأشخاص غير موافقين بالأصل على هذا الأمر. ويحدث هذا الأمر عادة في الأماكن المزدحمة بالناس، كوسائل النقل العامة أو المصاعد أو ما يشبه ذلك.

3- التماثمية Fetishism: في التماثمية يحقق الشخص الدافع الجنسي من خلال

استخدام موضوعات جامدة أو غير حية، على الأغلب ملابس نسائية كحلمات الصدر أو الثياب الداخلية، الأحذية... الخ أو من خلال أجزاء من الجسد كالقدم أو الرجلين (على الأغلب). ويتم الاستمتاع من خلال هذه المواضيع وفي حين يتحول الموضوع المختار إلى موضوع جنسي. وفي التماثلية التحولية (تغيير الملابس) Trans vestitcal Fetishism تصيح ملابس الجنس الآخر هي الموضوع الجنسي أو أن المعني يشعر بالإثارة إذا لبس ثياب الجنس الآخر.

4- المازوخية الجنسية sexual Masochism: الأشخاص الذي يوجد لديهم هذا الانحراف يشعرون بالمتعة الجنسية أو يستمتعون بالجنس عندما يتم ضربهم وإذلالهم أو شتمهم أو تقييدهم أو عندما يتم تعذيبهم بطريقة من الطرق. وأحياناً يجعل هؤلاء الأشخاص شريكهم الجنسي يقوم معهم بمثل هذه الأمور أو أنهم يلحقون بأنفسهم الذنب، في حين يقومون بالاستمتاع. يمكن للمازوخية أن تكون شديدة الخطورة. ففي الشكل المسمى الشذوذ الشنقي Hypoxia- Philia يحدث أن يتم تعليق (شنق) المعني أو المعنية لنفسه أو بمساعدة شريك مع الممارسة الجنسية في الوقت نفسه.

5- السادية الجنسية sexual Sadism : وهو شكل من الشذوذ يتمثل في الشهوة الجنسية العارمة نحو إلحاق الأذى والألم الجسدي والنفسي بشخص آخر. ويمكن أن يتضمن الفعل الجنسي الضرب والجلد بالسياط والتشويه. وغالباً ما تكون هذه الممارسات خطيرة جداً على المعنيين سواء كان الشخص يرضى بها بإرادته أم مجبراً عليها. وتزداد شدة التصرفات مع الوقت في العادة. وفي كثير من الأحيان قد ترتبط السادية والمازوخية مع بعضهما، فيكون أحد الشريكين سادياً والآخر مازوخياً.

6- الملاوصة Voyeurism: السمة الأساسية لهذا النوع من الانحرافات هي الدافع الجنسي الشديد نحو مراقبة الآخرين عندما يكونا عراة أو عند ممارستهم الجنس. والملاوصون أو المراقبون لا يحاولون الاحتكاك أبداً بالذين يراقبونهم. غير أن حادث المراقبة بحد ذاته يقود للإثارة الجنسية والاستمتاع.

7- اشتهاؤ الأطفال: وهي ممارسة الجنس بين راشد وطفل. وهي أبشع صور الشذوذ الجنسي، حيث يتم استغلال الأطفال الذي يثقون بالراشدين لإشباع حاجات الراشدين الجنسية دون أن يعرف الطفل ما الذي يجري معه. ومثل هذا النوع من الشذوذ يلقي العقاب القانوني في العادة والاستتكار الاجتماعي الشديد. وينبغي أن تسن قوانين شديدة تلحق بهؤلاء الأشخاص أشد أنواع العقوبات. والشيء نفسه ينطبق على غشيان المحارم والاعتصاب.

ومن أشكال الانحرافات النادرة جداً يمكن الإشارة إلى مجامعة الموتى Necrophilia أو اشتهاؤ الموتى، أي ممارسة الجنس مع الجثث، واشتهاؤ الحيوان zoophilia واشتهاؤ الغائط coprophilia واشتهاؤ البول Urophilia والجنس على الهاتف.

ولا يمكن تقدير نسبة الانحرافات الجنسية في أي مجتمع من المجتمعات، وعادة يتم اكتشافها بالصدفة، عندما يبلغ الأشخاص الجهات الأمنية عن حالات اغتصاب أو اعتداء على الأطفال والقصر.

1.6- الأسباب

تتألف النسبة الأكبر من المنحرفين من الذكور، فحوالي 90% من المنحرفين هم ذكور يعانون من أكثر من نوع من أنواع الشذوذ. ولدى غالبية هؤلاء الذكور نشأ الاضطراب في المراهقة، قبل سن الثامنة عشرة. غير أنه لا يتم تشخيصهم إلا بعد أن يتم القبض عليهم بسبب ممارستهم الشذوذ، واكتشافهم بالصدفة.

وليس من الواضح كيف ينشأ الشذوذ. ويعتقد بعض الباحثين بأن عاملاً فيزيولوجياً، ربما يكون خللاً في الدماغ يسهم في ذلك، في حين بعضهم الآخر يرجع السبب إلى اضطرابات في الاستقلاب، كفرط إفراز هرمون التستسترون. ويرى بعضهم الآخر (التحليل النفسي) وجود ارتباط سببي بين الخوف الطفولي من الإخصاء والعدوانية ضد النساء أو المخاوف الناجم عن الدين قاسيين وغير رحيمين.

وتفسر النظرية السلوكية الانحراف باعتباره ردة فعل متعلمة على الإثارات الجنسية الباكرة. فعندما يشعر مراهق صغير ما على سبيل المثال بإثارة جنسية في

أثناء ارتداء النساء لثيابهن مثلاً فقد يستمر إلى سن الرشد بالربط بين ارتداء ملابس الجنس الآخر والمشاعر الجنسية.

2.6- التشخيص والعلاج

من أجل تشخيص الشذوذ الجنسي ينبغي بداية فصل الشذوذ كالتماثلية أو السادية أو المازوخية..الخ عن أشكال السلوك الجنسي الطبيعي. فإذا كانت تتم ممارسة هذا الشكل من الانحراف لفترة زمنية طويلة ، ويتضمن إجبار الطرف الآخر على ممارسة هذا الشكل أو ذاك ممن الشذوذ أو يكون الشذوذ هو الإمكانية الوحيدة لدى الشخص لتحقيق الإشباع الجنسي فإن التشخيص شذوذ يكون مبرراً.

وعند الشك بوجود مثل هذا التشخيص يبدأ المعالج بالفحص الدقيق لأنماط السلوك الجنسي السابقة بما في ذلك أشكال السلوك غير المألوفة والتجارب الجنسية الشديدة. وعلى المعالج أن يستبعد وجود اضطرابات أخرى كالخرف أو الذهان.

وتتضمن عملية التشخيص فحصاً لكل الاتجاهات والقناعات الخاطئة، التي يمكن للمعني أن يمتلكها تجاه سلوكه. فكثير من المغتصبين يعتقدون مثلاً أن النساء يرغبن بالجنس أكثر عندما يتم إجبارهن على ممارسته. ومغتصبو الأطفال يعتقدون أن الجنس مع الأطفال أكثر أماناً، طالما هم لا يؤذون الطفل جسدياً. والاستعراضيون يعتقدون أن نظرات النساء تدل على أنهم يعجبون بالعضو الذكري الذي يقوم المستعرض بعرضه عليهن. ويتمركز العلاج على تصحيح تلك الخداعات الذاتية التي يخدع فيه المنحرفون أنفسهم وعلى تنمية كفاءات اجتماعية وأشكال مقبولة من السلوك.

ويمكن أن تتراوح الإجراءات المتبعة في علاج الشذوذ بين الإجراءات المخففة إلى الإجراءات الشديدة. ففي بعض البلدان يتم إخصاء الشاذين الذين يخرقون قانون الأعراف مراراً. فبما أن تركيز الهرمونات التي تفرزها الخصيتين في الدم يرتبط بصورة وثيقة مع النشاط الجنسي، وبما أن مستوى الهرمونات في الدم ينخفض بنتيجة إخصاء فإنه يتوقع من الناحية النظرية أن يتم كبح السلوكات الجنسية الشاذة. غير أن نتائج مثل هذه الإجراءات متناقضة. وهناك إجراء آخر يتألف من

تخفيف تركيز الهرمونات في الدم من خلال الأدوية ، التي تكبح من جماح الدافع الجنسي (خصاء كيميائي). وكل علاج دوائي يحقق أكبر فرص النجاح من خلال ربطه بالعلاج النفسي.

وقد أثبتت إجراءات العلاج السلوكي فاعليتها في علاج الشذوذ ، وبشكل خاص التقنيات التي تهدف إلى كبح حالات الإثارة الشاذة واستبدالها بأكال مقبولة من السلوك. وفي هذا الإجراء يتم قياس ردة فعل القضيب. حيث يتم مواجهة المريض بمثيرات شاذة وغير شاذة (من خلال الصور أو الفيديو أو الأصوات المسجلة) ويتم تسجيل حالات الإثارة لديه.

7- اضطرابات الهوية الجنسية

في اللحظة التي يتم فيها اللقاح بين خلية منوية ذكرية وبويضة أنثوية ، يتحدد جنس الإنسان ذكراً أم أنثى. ومنذ تلك اللحظة يتأثر نمو الإنسان إلى ذكر أو أنثى بتفاعل مركب بين العوامل ما قبل الولادة وما بعد الولادة.

وتطلق تسمية الهوية الجنسية على إدراك الذات عند الفرد باعتباره ذكراً أم أنثى. وهو عبارة عن إدراك ليس بالضرورة أن يرتبط دائماً مع السمات الجنسية البيولوجية للشخص المعني. والدور الجنسي عبارة عن السلوك الذي يحدد الفرد باعتباره ذكراً أو أنثى. وتتكون الأدوار الجنسية من الرسائل اللفظية وغير اللفظية التي للوالدين والأتراب والمجتمع حول الكيفية التي ينبغي فيها للأولاد والبنات أو الرجال والنساء أن يتصرفوا فيها.

ففي السنوات الثلاث الأولى في حياة الطفل يحدد المحيط الجنس الذي يشعر الطفل بالانتماء إليه. فالطفل الذي يربى على أنه ذكر سوف يعتبر نفسه ذكراً ويتصرف طبقاً لذلك (الدور الجنسي)، حتى لو كان هذا الطفل "أنثى" من الناحية البيولوجية. وفي بعض الأحيان قد يولد الطفل وهو يحمل الأعضاء الجنسية لكلا الجنسين (خنثى). وتؤثر قناعة الوالدين حول أن هذا الطفل هو ذكر أو أنثى والأسلوب الذي يربيان فيه طفلهما على الهوية الجنسية فيما بعد.

ويوجد عدد غير محدود من النظريات التي تفسر العوامل الكثيرة التي تسهم في نشوء الهوية الجنسية. منها النظريات المتعلقة بإنتاج الهرمونات في أثناء النمو ما قبل الولادي التي يفترض أنها تلعب دوراً كبيراً فيما بعد. كما ويذهب المرء عموماً من أن عوامل أخرى غير معروفة حتى الآن تتألف من عوامل حسية وبيوكيماوية ونفسية، من ضمنها بعض الأساليب التي يتفاعل فيها الوالدين مع الطفل. ولا يوجد أي تفسير من هذه التفسيرات مقبول كفاية. إن ويبدو أن المزج بين النشاطات التقليدية للصبيان والبنات لا تؤثر كثيراً على النمو المستقبلي للهوية الجنسية. أي أنه من الممكن جداً أن يستمتع الأولاد الذكور باللعب بدمى الإناث والعكس قد تستمتع البنات الأنثى بالألعاب الميكانيكية للأولاد الذكور، غير أنه ليس لهذا تأثير على الهوية الجنسية.

وبمجرد أن تترسخ الهوية الجنسية للطفل فمن المرجح جداً أن تستمر بالبقاء مدى الحياة دون تعديل. فعلى سبيل المثال عندما يتم تربية بنت على أنها صبي فسوف تعتبر نفسها لا حقاً بأنها ذكر، على الرغم من أنه ينمو لديها "لديه" فيما بعد الصفات الجنسية الأنثوية. وقد يتمكن المرء في بعض الأحيان فقط من التغلب على المشكلات الناجمة عن الهوية الجنسية من خلال تعزيز السلوك الذي يطابق الجنس البيولوجي للطفل. وفي بعض الأحيان يمكن تصحيح الشذوذات التشريحية بالطرق الجراحية.

ولابد من لفت النظر إلى أنه يجب عدم الخلط بين الهوية الجنسية والتوجه الجنسي للإنسان الذي يميز الجاذبية الجنسية التي يمارسها عليه الآخرين. أي أنه يمكن مثلاً لشخص بهوية جنسية أنثوية أن يشعر بالانجذاب الجنسي نحو الإناث أو العكس.

1.7- اضطرابات الهوية الجنسية في الطفولة

ينشأ هذا الاضطراب عند الأطفال الذين يشعرون بالانتماء إلى الجنس الآخر. ويتميز هذا الاضطراب بسلوك الدور الجنسي المعاكس والمتكرر وبترافق مع إدراك مضطرب للطفل حول نفسه كصبي أو كبنت. ولا توجد أسباب معروفة لهذا الاضطراب.

وتوجد فرضية مفادها: إن لامبالاة الوالدين تجاه السلوك الجنسي المغاير، تجاه سلوك البنت الذي يسلكه الصبي أو العكس، أو تشجيع الوالدين لهذا السلوك يمكن أن يسهم في اضطراب الهوية الجنسية. مثال ذلك عندما يتمنى أحد الوالدين أن تولد له أنثى، ولكنه يحصل على صبي، فيلبسه لباس إناث ويحدثه باستمرار عن مدى جماله... الخ.

وفي علاج الأطفال الذين يعانون من مثل هذا الاضطراب تتركز الأهداف حول مساعدة هؤلاء الأطفال على أن يسعدوا بجنسهم البيولوجي وكيفية حماية أنفسهم من سخرية أترابه. وقد برهن العلاج السلوكي نفسه على أنه فاعل في تعديل السلوك المتعلق بالجنس الآخر. ويتم استخدام العلاج الديناميكي (التحليلي) من أجل التغلب على الصراعات النفسية غير المحلولة والمشكلات المرتبطة بالتحول الجنسي داخل الأسرة.

8- التحول الجنسي

تطلق تسمية التحول الجنسي على اضطراب الهوية الجنسية لدى الراشدين. وعلى الرغم من أن وسائل الإعلام تتناول هذا الاضطراب بكثرة إلا أنه يعد قليل الانتشار. فحتى عام 1985 أمكن تحديد 30000 حالة على مستوى العالم.

التحول الجنسي عبارة عن وجود تناقض بالنسبة للجنس البيولوجي عند الإنسان. أي يكون الرجل مثلاً مقتنعاً بأنه أنثى، أو الأنثى مقتنعة قناعة تامة بأنها رجل. وغالبية المتحولين جنسياً يوجد في ماضيهم الشخصي أطوال من ارتداء لباس الجنس الآخر وتصرفات أخرى مميزة لأنماط سلوك الجنس الآخر. ومن أجل التشخيص ينبغي بداية إثبات أن الحالة موجودة دون تغير منذ زمن بعيد، عادة في الطفولة، وأنه من المؤكد لها ألا تتغير.

وعادة تظل مثل هذه الحالات غير معروفة، ويتم تسليط الضوء عليها عندما يسعى المعني نحو تغيير جنسه عن طريق عمليات جراحية.

الفصل السابع

الزهايمر والاضطرابات النفسية ذات الأسباب العضوية

1- مدخل

يوجد عدد كبير من الاضطرابات التي تؤثر على المزاج والذكاء والشخصية الناجمة عن شذوذات فيزيولوجية في الدماغ.

وأعراض نفسية كالقلق والتشتت والأهلاس والهذيان يمكن أن تنشأ نتيجة لأسباب عضوية متنوعة كتضررات الدماغ أو اضطرابات الاستقلاب أو من خلال اضطرابات أجزاء أخرى من الجسد أو رضوض الجمجمة أو نقص التغذية أو تعاطي العقاقير أو الأعراض الجانبية الضارة للأدوية.

وبمقدار ما أصبح العلماء اليوم أكثر فهماً للعلاقة المتبادلة بين الدماغ والمنظومة الغددية وجهاز المناعة تتضح أكثر فأكثر العلاقة بين الحدث النفسي والجسدي. وبما أن جميع الوظائف النفسية والجسدية الدماغية متعلقة ببعضها، فإن كل اضطراب نفسي له مكونات بيولوجية بدرجة معينة. ولعل تأثير اضطرابات وظائف منظومة النقل العصبي على الوظائف العقلية والعضوية المختلفة خير مثال على ذلك. وفي بعض الحالات كالفصام والاكتئاب يكتشف العلماء يوماً بعد يوم مجموعة من العوامل العضوية، بل وبشكل أدق الوراثة الكامنة خلف الاضطراب، على الرغم من أن هذه النتائج لم تقد حتى الآن إلى نتيجة قاطعة. ومن الممكن جداً أن تعزى بعض أشكال هذه الاضطرابات من بينها أيضاً الاضطرابات القطبية (المرض الهوسي الاكتئابي) أن تصنف تحت الأمراض العضوية وليست الأمراض النفسية. وحتى ذلك الوقت تظل فئة الاضطرابات النفسية ذات الأسباب العضوية فئة مستقلة من الأمراض التي تتسبب فيها الأسباب الجسدية بأعراض نفسية.

وبما أن الاضطرابات النفسية ذات الأسباب العضوية كمرض الزهايمر على سبيل المثال يسبب الأعراض السلوكية والنفسية نفسها التي يمكن أن تسببها الاضطرابات النفسية المعروفة فإنه لا بد دائماً من إجراء فحص جسدي وفحص عصبي وطبي نفسي دقيق من أجل الوصول إلى تشخيص صحيح والتحويل إلى الشكل المناسب من العلاج.

وعلى الرغم من أنه في بعض الحالات يمكن للأدوية النفسية أن تفيد في التغلب على الأعراض النفسية (العقلية) للاضطرابات النفسية والنفسية ذات المنشأ العضوي، فإنه في هذه الحالة الأخيرة لا بد من علاج الأسباب الجسدية إذا كان ذلك ممكناً من أجل التغلب على الأسباب.

تتطلب الاضطرابات النفسية ذات الأسباب العضوية تدخلاً طبياً في العادة. ويمكن للتدخلات الطبية النفسية والنفسانية أن تساعد في بعض الأحيان في التغلب على الأعراض المرافقة كالاكتئاب مثلاً الذي تكثر ملاحظته مع مرض الزهايمر. كما يمكن للمساعدة النفسية أن تساعد المعنيين والأقارب على التعامل مع المرض والعجز الناجم عنه. أما المبادئ العلاجية الأساسية فهي من ضمن اختصاص علاج الاضطرابات الجسدية.

2- الدماغ السوي والدماغ المضطرب

يقوم الدماغ بملايين الوظائف من خلال منظومة معقدة جداً مكونة من العمليات الكهربائية والكيميائية والفيزيائية، حيث ينظم عملها المتسق كل شيء في الجسد من نبض القلب إلى الدورة الشهرية وانتهاءً بالهضم ويحدد كذلك الخصائص الشخصية وانفعالاتها والذاكرة والذكاء وكل العوامل الأخرى، التي تجعل من كل شخص مخلوقاً فريداً متميزاً بخصائصه وصفاته. ومن أجل أن يعمل الدماغ بفاعلية وكفاءة وبصورة سوية يحتاج الدماغ إلى شروط خاصة جداً. وأول وأهم شرط هو الإمداد الكافي والجيد التنظيم بالدم الغني كفاية بالأوكسجين والمواد الغذائية. فإذا كان الإمداد غير كاف يتباطأ عمل الدماغ مع انقطاعات

متكررة. وتكون العاقبة الضياع أو التشتت العام وعمليات التفكير غير الكاملة أو ربما التضرر النوعي كفقْدان السيطرة على العدوان.

ويعمل الدماغ بصورة مثالية ضمن حرارة معينة. فنبضاته الكهربائية تضطرب بسهولة من خلال الإشارات القادمة من الخارج. وينبغي للتوازن الكيميائي أن يكون مضبوطاً بحيث تبني الكثير من الجزيئات التي يزود بها الدم الأعضاء الأخرى. وحتى أقل خلل أو اضطراب في التوازن الكيميائي يسبب عواقب وخيمة على الكفاءة الكلية للإنسان على لعب دوره في المجتمع بشكل مقبول، على الأقل لوقت عابر.

ويتألف الدماغ بصورة غالبية من خلايا عصبية (عصبونات) مبنية على شكل بنى structures وباحات areas تقود كل نشاطاته. وعلى عكس الخلايا الأخرى في الجسد التي تعوض نفسها بنفسها عندما تتضرر أو تموت، فإن الخلايا الدماغية لا ترمم أو تجدد نفسها. فعندما يصاب اللحم مثلاً بجرح عميق يموت عدد لا يحصى من الخلايا، وينمو مع الزمن بدلاً منها خلايا جديدة. أما عند إصابة خلايا الدماغ فيمكن لروابط خلوية دماغية كاملة أن تتدمر، دون أن يستطيع الدماغ تعويضها. فإذا كانت هذه الخلايا مشتركة أو مسؤولة عن تخزين الذكريات مثلاً تتحطم هذه الذكريات وتفقد، وإذا كانت هذه الخلايا مشتركة في تنظيم المزاج فسيتم فقدان القدرة على السيطرة على المزاج. ولا يمكن تعويض العجز الناجم عن إصابات الدماغ أو عن الأمراض إلا إذا بقيت غالبية خلايا الدماغ في هذه الباحة سليمة. وعليه فعندما يكون اضطراب التروية الدموية والإمداد بالأوكسجين والتوازن الكيماوي عابراً فإن حالات مثل ارتفاع درجة الحرارة أو نقص التغذية لا تسبب أضراراً دائمة.

وبعض الاضطرابات العضوية للدماغ تسبب موتاً واسعاً لخلايا الدماغ. وفي كثير من المتلازمات النفسية العضوية الأخرى فإن تنجم الأعطال عن الأمراض الجسدية التي يمكن علاجها وشفائها كلية على الأغلب، بحيث تختفي الأعراض النفسية (العقلية) كلية معها. ويمكن صد تفاقم بعض الأمراض أو على الأقل جعلها متباطئة قبل أن تظهر الأضرار الواضحة التي يمكن أن تنجم عنها.

3- الاضطرابات النفسية ذات الأسباب العضوية

يوضح الجدول التالي بعض الدلائل التي تشير إلى احتمال أن تكون الأعراض النفسية الملاحظة ناجمة عن مرض عضوي.

- 1- تبدأ الأعراض النفسية بعد سن الأربعين.
- 2- تبدأ الأعراض:
 - = أثناء مرض جسدي شديد؛
 - = أثناء تناول أدوية معروف عنها أنها تثير أعراضاً نفسية؛
 - = فجأة ودون وجود تاريخ مرضي نفسي سابق؛ أو دون وجود إرهاقات سابقة بقت قصير.
- 3- يوجد في التاريخ السابق للمريض:
 - = سوء استهلاك العقاقير والكحول؛
 - = أمراض جسدية، أصابت أعضاء مهمة؛
 - = تناول أدوية عدة؛
- 4- توجد في الأسرة حالات من:
 - = أمراض دماغية تدمية أو وراثية؛
 - = ظهور اضطرابات استقلاب (كالسكري).
- 5- من العلامات العقلية أو النفسية يمكن تعداد:
 - = تغير في مستوى الوعي؛
 - = تقلب في الحالة النفسية -العقلية؛
 - = أهلاس بصرية visual أو لمسية tactile أو شميه olfactory.
- 6- من العلامات الجسدية يمكن تعداد:
 - = دلائل على وجود اضطرابات وظائف عضوية تؤثر على الدماغ؛
 - = أعراض على نحو تباطؤ اللغة أو التفكير أو الحركات المتباطئة أو نقص التنسيق العضلي أو ارتعاش tremor أو ما يشبه ذلك.
 - = أعراض عصبية.

الخبل أو الخرف Dementia مصطلح يطلق على اضطرابات الدماغ العضوية كلها التي تكون عاقبتها فقدان عام أو شامل للقدرات الذهنية أو العقلية الأخرى الضرورية. وعادة ما تترافق مع تغيرات في الشخصية والسلوك وسمات نفسية أخرى. أما أهم الأعراض الملحوظة فهي في مجال الذاكرة ومن ثم في قدرات الإنجاز في جميع مجالات الحياة عملياً.

وينجم الخبل أو الخرف عادة عن التدمير الشديد للعصبونات أو نتيجة لاضطراب فيها في باحات مختلفة من الدماغ التي تسبب من ناحيتها فقدان تلك الوظائف العقلية التي كانت تلك الخلايا تقودها قبل ذلك.

ويمكن للخبل أو الخرف أن يكون مستفحلاً على نحو مرض الزهايمر أو يكون عابراً، ربما نتيجة لإصابة في الرأس. ويحدث الخرف المستفحل لدى كبار السن على الأغلب حيث يعد خرفاً "طبيعياً". إلا أن الخرف لا يشكل في حال من الأحوال ظاهرة طبيعية لعمليات الشيخوخة. فغالبية الأشخاص الذين يصلون إلى سن متقدمة في العمر لا يظهر الخرف عندهم. ومن هنا فإن الاعتقاد السائد أن "الخرف" جزءاً أساسياً من الشيخوخة لا يمكن تجنبه غير صحيح على الإطلاق.

ويفرق الأطباء في العادة بين فئتين كبيرتين من الخرف: الأولى هي الخرف الأساسي ومن ضمنها متلازمات كالزهايمر والتي يشكل فيها الخرف نفسه العلامة الرئيسية لمرض دماغي عضوي والذي لا يرتبط مباشرة بمرض عضوي آخر. والثانية هي الخرف الثانوي وهو عبارة عن تلك المتلازمات الناجمة عن أمراض عضوية أخرى قابلة للتحديد بدقة أو مرتبطة بها بصورة وثيقة، سواء كان ذلك مرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز) أم كان ناجماً عن ورم دموي hematoma مزمن تحت الأم الجافية sub dural. أم تصلب الشرايين المتعدد أم واحداً من الأمراض العصبية المتعددة. وتوجد فئة ثالثة تطلق عليها تسمية شبه الخرف الذي هو عبارة عن خرف غير حقيقي، كما يشير الاسم، وإنما هو متلازمة تشبه حالة الخرف. وهو عبارة عن أعراض تشبه الخرف ناجمة عن الاكتئاب الذي يمكن أن يعاني منه كبار السن. ومن أعراضه اللامبالاة أو فتور الشعور والضياع وضعف الذاكرة والمشكلات الاستعرافية وإهمال النظافة الشخصية مع تبلييل الفراش. وشبه الخرف

قابل للعلاج ويمكن شفاؤه إلا أن تشخيصه يمثل تحدياً للمشخص ويحتاج خبرة ودراية.

وتشترك جميع أشكال الخرف، سواء كانت قابلة للعلاج أم لا، أولية أم ثانوية بأنها تمتلك بعض السمات الإكلينيكية المشتركة فيما بينها مثل فقدان الذاكرة وعدم القدرة على حل مشكلات الحياة اليومية على نحو عدم القدرة على التعرف على الجيران أو الذهاب إليهم، وصعوبات في العمل ومشكلات لغوية. ويتم فقدان محتويات الذاكرة الأحدث بسرعة أكبر من محتويات الذاكرة "الأقدم". ويتم فقدان الذكريات الراهنة بعد دقائق عدة. وعليه قد تسأل سيدة زوجها مثلاً متى سيزور أبناءه ويجيئها يوم الجمعة مثلاً، تعود بعد دقائق عدة لتطرح عليه السؤال نفسه. إلا أنه في المرحلة الأولى من الخرف قد لا يصعب تذكر الذكريات التي مر بها الإنسان قبل ثلاثين سنة أو التعرف على الصور المصورة قبل عشرين سنة أو التعرف على شخص ما من المعارف. بالإضافة إلى ذلك يترافق الخرف دائماً مع تغيرات سلوكية خفيفة على الأغلب وأحياناً وخيمة كارتفاع العدوانية.

1.3- مرض الزهايمر

يعد مرض الزهايمر Alzheimer من أكثر أمراض الخرف الأساسي انتشاراً. ويقدر عدد المرضى بين 50,000 إلى 1,000,000 تقريباً في العالم ككل.

وعادة ما يصيب المرض الناس في سني عمرهم المتقدم، مع العلم أنه يمكن للأعراض في حالات نادرة أن تظهر في الثلاثينيات. وتبلغ نسبة النساء اللواتي يصبن بالزهايمر أكثر قليلاً من نسبة الرجال.

وقد تم وصف عواقب هذا المرض للمرة الأولى في عام 1907 من قبل الطبيب النفسي الألماني ألويز الزهايمر Alois Alzheimer. فعند تشريحه لجثث إحدى السيدات التي توفيت بنتيجة الخرف وجد عقداً من الألياف البروتينية الشاذة، والتي أطلقت عليها ألياف الزهايمر Alzheimer-fibrils وأن النهايات العصبية الجارة كانت ملتصقة بخلايا متجمعة ميتة أو تكاد تموت، والمسماة بالصفائح plaques. وفي هذه الأثناء أضيف إلى هذا الوصف عدد كبير من التفاصيل. وعلى الرغم من أن

الاختبارات أو الفحوصات اللازمة لتشخيص المرض ما زالت في طور التطوير إلا أنه حتى اليوم لا يمكن تشخيص المرض بدقة مطلقة. ولا يمكن الحصول على دقة كافية إلا من خلال الفحوصات أو التحليلات الميكروسكوبية للخلايا الدماغية، وهو أمر لا يمكن القيام به إلا بعد الموت. إلا أن الدراسات قد أظهرت أنه في حوالي 80 إلى 90% من الحالات التي كان يشك فيها بوجود مرض الزهايمر كانت صحيحة وتم إثباتها بعد الموت. وفي الحالات القليلة المتبقية كانت هناك علامات لأسباب أخرى وأكثر ندرة من الخبل.

1.1.3- الأعراض ومجرى المرض

يترافق هذا لمرض في العادة مع تراجع تدريجي غير قابل للإيقاف للعمليات المعرفية والذهنية كلها عملياً كالذاكرة ومساحة الانتباه والقدرة على التبصر... الخ. وفي بداية المرض يكون المعنيون مشتتون وسريعي الاستثارة بدرجة غير عادية وينسون إلى حد ما. ونسبة ضئيلة منهم تتسحب وتصبح لا مبالية (فاترة الشعور). ولاحقاً يصبح بعضهم غير قادر على تنظيم انفعالاته، الأمر الذي يقود إلى انفجارات غضب متكررة، بل إلى نوبات من أعمال العنف.

وتتراجع الذاكرة شيئاً فشيئاً ويزداد فقدانها، حي يتم فقدان الذكريات الأحدث بسرعة أكبر ويمكن للمرض أن يبدأ بأن لا يعود المعني قادراً على تذكر من الشخص الذي التقى فيه البارحة ظهراً مثلاً. بعد ذلك يعجز مثلاً عن تذكر أين قضى العطلة السنوية في السنة الماضية، وأخيراً قد لا يعرفون كم من الأولاد يمتلكون.

وفي المرحلة المتقدمة من المرض يلاحظ اختفاء أجزاء كبيرة من المعارف الأساسية الأوتوماتيكية بصورة واضحة جداً. ولا ينسى المعنيون كيف يمكن ترتيب السرير فحسب، وإنما ينسون الغرض من وجود السرير أصلاً. وينسون أن يتناولوا الطعام والشراب أو الاغتسال ولا بد من تذكيرهم باستمرار بهذا الأمر. وبعضهم لا يستطيع تذكر حتى أسماء ووجوه أفراد أسرته. وبعضهم الآخر ينسى متى وكيف ولد. إلا أن كثير من مرضى الزهايمر يظل يعرف اسمه إلى مرحلة متقدمة من المرض. وأخيراً يفقد الكثير منهم القدرة على الكلام وعلى فهم الآخرين.

وبمقدار الخسارة في الذاكرة يتم فقدان القدرة التحليلية. وفي البداية لا يستطيع المتخصص بالرياضيات إجراء العمليات الأساسية كالجمع والطرح. وبعد سنوات لاحقة يصبح الجمع البسيط غير ممكن. ويمكن للخياط مثلاً أن يجد في البداية صعوبة في قص القماش لتفصيله. وبعد سنوات عدة يفقد القدرة على قراءة المسطرة.

وبعد عدة سنوات من التهدم الذهني يفقد الأشخاص القدرة على التحكم بالوظائف الجسدية الأساسية. فبعضهم لا يعود يستطيع التحكم بإخراج الفضلات وينبغي وضع حافظات لهم. وكثير منهم لا يعود يستطيع تحريك عضلاته من أجل المشي أو حتى من أجل تناول ملعقة.

يمكن للمرض أن يستمر بين خمس سنوات إلى خمس عشرة سنة. وغالبية مرضى الزهايمر يموتون في النهاية بأمراض التهابية كالتهاب الرئتين أو نتيجة لأمراض أخرى في الرئتين أو القلب. فجهازهم المناعي يكون مرهقاً بشدة ، كونهم يظلون راقدين في السرير لفترات طويلة بحيث تصبح أجسامهم الضعيفة عرضة لكثير من الجراثيم الثانوية.

2.1.3- التشخيص

لا يوجد في الوقت الراهن أي اختبار طبي يمكنه تشخيص مرض الزهايمر بدقة عالية. إلا أنه يوجد في الوقت الراهن اختبار في طور التطوير لتشخيص وجود بروتين دماغي معين يرمز له اختصاراً ADAP يعتقد أنه على علاقة بالزهايمر. وحتى يحين ذلك الوقت لهذه الطريقة أو غيرها يعتمد الأطباء على بطارية كبيرة من الاختبارات والفحوصات الجسدية والعصبية والنفسية وعلى المراقبة الدقيقة للأعراض التي تستغرق بين أشهر عدة إلى سنين من أجل التمكن من التوصل إلى تشخيص دقيق.

3.1.3- الاشتباه بمرض الزهايمر

يقوم الطبيب بفحص الحالة العقلية للمريض مع الانتباه الدقيق أو الخاص للتغيرات التي حدثت في الأشهر الأخيرة. ويمكن للحديث مع الأقارب أن يكون مفيداً جداً، حيث هم الذين يستطيعون في الغالب الانتباه للعلامات الأولى.

وفي بعض الأحيان يقر المرضى لطبيبهم أنه يصعب عليهم مؤخراً التركيز أو تجميع أفكارهم، ويبدون مكتئبين قليلاً نتيجة صعوبات التذكر التي يعانونها، إلا أنهم يشعرون عموماً أنهم أصحاء. وبعضهم الآخر ينكر هذه المشكلة كلية، بل ويغضبون عندما يواجههم المرء بذلك. ومن خلال فحوص واسعة يمكن استبعاد وجود أمراض أخرى، يمكنها أن تسبب الأعراض نفسها. ويتم إجراء تصوير للدماغ بالطرق المختلفة، بالأشعة أو بالرنين المغناطيسي أو ما يشبه ذلك من أجل اكتشاف التغيرات البنيوية في الدماغ. إلا أن هذه التغيرات التي قد تلاحظ ربما تكون ناجمة عن اضطرابات عضوية أخرى ولا تكفي بحد ذاتها من أجل تأكيد التشخيص.

وفي حال ازدياد الخرف سوءاً خلال أشهر عدة ولم تظهر الاختبارات العصبية والجسدية والنفسية أي سبب واضح للخبل فقد يقوم الطبيب النفسي بطرح تشخيص "الزهايمر".

4.1.3- العلاج الطبي

أشرنا مسبقاً إلى عدم وجود علاج شاف للزهايمر حتى الآن. ويوجد في الوقت الراهن عدد كبير من الأدوية التي يتم اختبارها وتجريبها. وكثير من الأدوية التجريبية تستخدم لتعويض الناقل العصبي الأسيتيلكولين Acetylcholin الذي يكون موجوداً في دماغ المصابين بمرض الزهايمر بكميات قليلة. ويستخدم في الولايات المتحدة الأمريكية دواء واعداً يتم اختباره في الوقت الراهن يعرف باسم التيتراهيدرومونيواكريدن Tetrahydroamonoacridin ويرمز له اختصاراً THA، الذي يستطيع في بعض الحالات وقف أعراض الزهايمر. وفي دراسات في بلدان أخرى وجد أن THA يملك أعراضاً جانبية سامة على الكبد. ويمكن التخفيف من هذا التأثير السام من خلال التوقف عن تناول الدواء بصورة عابرة أو من خلال تخفيض الجرعة. ومن الأدوية التي ما زالت في طور التجريب كذلك العقار المسمى ل-اتسيتيلكارنيتين L-Acetylcarnitin. ويحث كلا الدواءين المنظومة الكولينية في الدماغ، الذي يتم تنشيطه من خلال الأسيتيلكولين والذي يكون عند مرضى الزهايمر قاصراً. إلا أنه في الحالات التي يكون فيها المرض في مراحل متقدمة يصعب أن يحدث تأثير للدواء أكثر من مجرد التخفيف العابر للأعراض. ويسهم

العلاج الدوائي في جعل الحياة معقولة بالنسبة للمرض والأقارب الذي يراعونهم. مثال ذلك أعراض الاكتئاب التي تظهر على المرضى والتي يمكن علاجها بجرعات منخفضة من مضادات الاكتئاب. والشيء نفسه ينطبق على أعراض القلق التي يمكن علاجها بمضادات القلق (الديازيبانات). وتحسن الأدوية المنشطة مثل الميتيلفينيدات Methylphenidate التعب العام والحركات المتباطئة بحث تجعل مرض الزهايمر محملاً.

وعندما يسبب المرض الأرق أو اضطرابات أخرى في النوم أو أطوار من العدوانية يمكن للمسكنات والمهدئات أن تكون مفيدة هنا. وفي حال ظهرت أعراض ذهانية كما هو الحال على الأغلب يمكن تخفيض الأعراض من خلال العلاج بمضادات الذهان. وبما أن مرض الزهايمر يدمر كثير من الخلايا الدماغية فإن المرضى معرضون للتأثيرات الجانبية للأدوية النفسية أكثر من غيرهم، لهذا ينصح باستخدام جرعات قليلة من الأدوية النفسية المختلفة.

ومع تقدم المرض واستفحاله يصبح الاهتمام بالحاجات الأساسية الصحية للمريض واقعاً على عاتق الأشخاص الذين يراعون المريض. وبما أن المرضى لا يستطيعون على الأغلب وصف أعراضهم أو آلامهم التي يعانون منها لا بد أن يهتم الأشخاص الذين يراعون المريض بحالته الصحية وأن ينتبهوا لها. ينتبهوا لها. إذ ينبغي أن يتم تذكير المرضى باستمرار متى سيتناولون دوائهم ويجب جعلهم يشربون كميات كافية من الماء يومياً، لأنهم غير قادرين على إتباع التعليمات. وربما لا يفهمون مثلاً لماذا عليهم أن يربطوا يدهم عندما تصاب بجرح ما أو لماذا عليهم أن يتركوا الرباط في مكانه المناسب. وحتى أبسط الجروح أو الإصابات تحتاج إلى انتباه ورعاية الشخص الذي يراعى المريض.

5.1.3- الرعاية والراعون

إلى أن يصل المرض إلى مراحله المتقدمة ويصبح من الضروري وجود رعاية متخصصة يغلب أن يتم الاعتناء بالمعنيين في المنزل. ولعل الإرهاقات التي يعاني منها الأقارب تكون على أشدها، هذا عدا عن التكاليف المادية الباهظة. وحتى بالنسبة

لأولئك الأفراد الذين يكونوا على استعداد للتضحية ورعاية المريض بالزهايمر تمثل رعاية المريض إرهاقاً انفعالياً واختبار تحمل. فقد يخرج المريض من المنزل ليمشي قليلاً ولا يعود للبيت وتجده الشرطة في مكان بعيد ما في المدينة. وفي اليوم الثاني يمكن للشخص نفسه أن يجلس أمام التلفزيون ويشاهد لعبة كرة القدم ويتحمس ويتفاعل مع فريقه الذي كان من أنصاره.

ومن أنجح الطرق للتعامل مع مرض الزهايمر هو التعاون بين جميع أفراد الأسرة ومع طبيب عصبية أو نفسية يعرف السيرة المرضية للمريض. حيث يقوم الطبيب بمتابعة تطور المرض عند المريض وإخبار الأقارب بما عليهم فعله قبل أن تتحول المشكلة إلى كارثة. وعليه يمكن للطبيب أن يخبر الأقارب مثلاً أن خروج المريض من المنزل وحده لم يعد ممكناً بعد مرحلة معينة، وقد ينصح بدلاً من ذلك ببرنامج رياضي في المنزل.

ومن أجل تجنب "الاحتراق" ينصح الأقارب بتوزيع المهمات اليومية على بعضهم.

ومن مهمات الطبيب إعلام الأقارب بالوقت المناسب لإدخال المعني إلى المستشفى لتلقي الرعاية هناك حيث لا يعود بالإمكان تقديمها في البيت. وعلى الطبيب أن يكون قد ناقش هذه المسألة قبل وقت طويل مع الأقارب. وللأسف لا زالت الرعاية في البلدان العربية تقدم في السر فقط ولا يوجد مستشفيات متخصصة يمكنها تقديم الرعاية الدائمة لمثل هؤلاء المرضى، لأسباب كثيرة لعل من أكثرها صعوبة ضخامة التكاليف المادية الناجمة عن رعاية مثل هؤلاء المرضى.

6.1.3- الأسباب

استطاع الطبيب الألماني الزهايمر اكتشاف الألياف والصفائح العصبية التي تقود إلى الخبل أو الخرف عند المرضى. ولكن ما هي الأسباب التي تقود إلى هذا النوع من الشذوذ؟ ومنذ طرح هذا السؤال حاول العلماء جاهدتين الإجابة عنه بلا طائل. وعلى الرغم من التمكن من تحديد كثير من العوامل "المشكوك بأمورها"، إلا أن أي واحد منها لا يمثل إلا نقطة ضعيفة لسبب الأصلي لهذا المرض.

ومن الإمكانيات التي تمت دراستها يمكن تعداد:

- 1- عدوى بفيروس بطيء slow virus Infection تستمر حضائته لأشهر أو سنوات: يمكن لفيروس بطيء التأثير أن يسبب بدء المرض ويختفي قبل أن تظهر الأعراض دون أن يترك أي أثر على وجوده عدا عن الأضرار التي يسببها. أو يمكن للفيروس أن يكون موجوداً ولكن بكميات قليلة جداً أو يكون ذكياً بحيث يصعب اكتشافه بالطرق التشخيصية المتوفرة في الوقت الراهن.
- 2- التسمم بالمعادن: وجد العلماء تركيز مرتفع للألومنيوم في الصفائح الخلوية الدماغية. ويدرس العلماء في الوقت الراهن الطرق التي يمكن أن يصل إليها الألومنيوم إلى الخلايا الدماغية ليقتلها هناك.
- 3- التضرر الجيني: ينمو الزهايمر عادة لدى الأشخاص الذين يعانون من متلازمة داون الذي يرجع إلى وجود خلل كروموزومي في الكروموزوم 21، في حال عاشوا لما بعد سن الأربعين. ومن هنا تجري دراسات عدة لاكتشاف فيما إذا كان الزهايمر يرتبط بخلل جيني في الصبغي رقم 21. كما وجدت دراسات على أسر لمرضى بالزهايمر أن حوالي 30-40% من الحالات قد ترجع بشكل ما إلى شذوذ جيني. إلا أنه حتى الآن لا يمكن القول من هم الأفراد الذين سيظهر لديهم المرض في مقتضى الحال.
- 4- شذوذات كيميائية: يظهر في أدمغة مرضى الزهايمر عدد كبير من الشذوذات الكيميائية سواء في الخلايا المتضررة أم في الخلايا المحيطة بها. إلا أنه من غير الواضح فيما إذا كان شذوذ الاستقلاب يسبب موت الخلايا أم على العكس، أي أن موت الخلايا يسبب هذا الشذوذ الكيميائي، هذا إذا كان لها تأثير بالأصل على مجرى مرض الزهايمر ونشوءه أو مجراه. وعلى الرغم من ذلك يوجد عشرات الأنواع من الأدوية التي يتم اختيارها في أماكن مختلفة من العالم والتي تؤثر على هذه الشذوذات الكيميائية وبشكل خاص تلك التي ترفع من الناقل العصبي الأسيتيلكولين في الدماغ. وقد تم منع استمرار تجريب بعض هذه الأدوية نظراً لتأثيراتها الجانبية الخطيرة على العضوية.

4- أشكال أخرى من الخبل الأساسي

على الرغم من أن متلازمة الزهايمر تشكل أكثر من نصف أشكال الخرف (الخبل) الأساسي كلها يمرض الآلاف من الأشخاص كل سنة بأشكال أخرى من الخبل أو الخرف الأساسي. وتأثيراتها ليست أقل شدة من مرض الزهايمر، بل أنها في بعض الأحيان تكون ذات مجرى مأساوي. وسوف نقوم فيما يلي من الحديث بذكر بعضها.

1.4- الخبل أو الخرف متعدد الجلطات

ينشأ الخبل أو الخرف متعدد الجلطات multi infarct Dementia الذي يمثل حوالي 20% من أشكال الخبل أو الخرف ككل عن واحدة أو أكثر من الجلطات الدماغية التي تدمر الخلايا الدماغية أو تلحق الضرر بها. يظهر الخبل أو الخرف متعدد الجلطات عادة بعد سن الخامسة والستين، إلا أنه يمكن أن يظهر كذلك لدى أشخاص في أواسط العمر. ويصيب المرض الأشخاص الذين يعانون من ارتفاع ضغط الدم وعلى عكس مرض الزهايمر يصاب الرجال بهذا المرض أكثر من النساء.

وكما أشرنا سابقاً يحتاج الدماغ إلى إمداد منتظم بالدماء المحملة بالأوكسجين ومواد غذائية أخرى. وعندما تتم إعاقة هذا الإمداد كما هو الحال في الجلطة الدماغية تصبح الخلايا الدماغية في الباحة المعنية دون إمداد وتموت، وهو ما تطلق عليه الذبحة الدماغية أو الجلطة الدماغية.

ويمكن لجلطة وحيدة أن تسبب تضررات شديدة لبعض الوظائف المعرفية كالقدرة على الكلام أو التفكير المجرد، إلا أنه لا يقود للخبل. وغالباً ما يشفى كثير من الأشخاص جزئياً على الأقل بعد الإصابة بجلطة وحيدة. ولكن في حالة الخبل أو الخرف متعدد الجلطات تسبب عدة جلطات متتالية الموت أو التضرر المتزايد للخلايا الدماغية. ومثل هذا النوع من الجلطات الصغيرة قد تظهر دون أن يلحظ المعني وجود أية أعراض حادة. وبمجرد أن تتضرر باحات واسعة من الدماغ يظهر الخبل أو الخرف.

وفي حالات نادرة يسبب المرض في خلال سنوات عدة تضررات دماغية ممتدة، بحيث تكون الأعراض واستفحالها شبيهة بالزهايمر. إلا أنه يغلب للخبل متعدد الجلطات أن يتصف بأعراضه الخاصة التي يمكن أن تجعل الأسباب واضحة. فعندما على سبيل المثال يتمركز نقص إمداد الدم في الباحات الدماغية المسؤولة عن المزاج تصبح تغيرات المزاج هي الأعراض الأولية. ويدرك في العادة مرضى الخبل أو الخرف متعدد الجلطات عجزهم وقصورهم الذهني ويغلب أن يعانون من نوبات قلق واكتئاب.

وفيما يلي بعض الأعراض العيادية التي تمكن الطبيب من التفريق بين الخبل أو الخرف متعدد الجلطات والزهايمر:

- 1- يبدأ الخبل أو الخرف متعدد الجلطات فجأة في العادة وليس بالتدريج كما هو الحال في الزهايمر.
- 2- يزداد الخبل أو الخرف متعدد الجلطات سوءاً بالتدريج ذلك أن كل جلطة تقود إلى تضرر إضافي.
- 3- يحتفظ المعني في الخبل أو الخرف متعدد الجلطات بكامل شخصيته في حين أن مريض الزهايمر يفقدها. إلا أنه يمكن لمريض الخبل أو الخرف متعدد الجلطات أن يتعرض لتأرجحات شديدة في المزاج. فقد يحدث أن يبكي أو يضحك أو يغضب المعني لأسباب تبدو بالنسبة للآخرين لا تستحق ذلك.
- 4- يوجد لدى مرضى الخبل أو الخرف متعدد الجلطات ارتفاع في ضغط الدم أو أنهم قد عانوا من جلطات في السابق.
- 5- يمكن برهان الجلطات من خلال التصوير بالرنين المغناطيسي أو الوسائل التصويرية الأخرى المدعمة بالكمبيوتر.

وبما أن الخبل أو الخرف متعدد الجلطات والزهايمر يظهران لدى كبار السن على الأغلب يمكن في حالات معينة أن يظهر مع بعضهما عند الشخص نفسه، الأمر الذي يجعل من التشخيص الأولى أمراً صعباً.

ولا يمكن حتى الآن شفاء الخبل أو الخرف متعدد الجلطات، ولا يوجد علاج خاص عدا عن الإجراءات الداعمة التي وصفناها بالنسبة للخبل. إلا أنه يمكن وقف الأعراض أو منعها من الازدياد سوءاً من خلال معرفة الأسباب الرئيسية وعلاجها والمتمثلة في ارتفاع ضغط الدم والتدخين وارتفاع نسبة الكوليسترول. ويمكن لحبة أسبرين يومية تحت إشراف الطبيب أن تقي من الجلطة الدماغية.

2.4- الخبل أو الخرف في رقااص هونتيفتون

رقااص هونتيفتون Chorea Huntington مرض وراثي تصاعدي progressive دون إمكانات معروفة للشفاء. ويتوفر الآن اختبار جيني لتحديد الشخص الحامل لهذا الجين.

يظهر المرض في نهاية الثلاثينيات من العمر. ومن الأعراض المبكرة لهذا المرض يمكن تعداد الحركات العشوائية لليدين والقدمين . وفي بعض الأحيان تظهر أهلاس واكتئابات. وتظهر أعراض الخبل أو الخرف في الأشهر اللاحقة بصورة متزايدة وتنتهي في فقدان التدريجي للسيطرة على العضلات والكلام والقدرات المعرفية. ويمكن للموت أن يحدث في وقت ما بين عدة سنوات إلى عشرين سنة بعد التشخيص. ويتم في الوقت الراهن تطوير بعض الأدوية.

3.4- الخبل أو الخرف في مرض بيك

مرض بيك Pick يشبه في مجراه المزمّن ومآله مرض الزهايمر كلية. إلا أنه في مرض بيك تكون باحات أخرى من الدماغ متضررة غير المناطق التي تكون في الزهايمر. وعادة ما تكون هناك شذوذات معينة في منطقة الفص الجبهي وبشكل خاص التلفيف الصدغي.

ومن الأعراض البدئية التي تظهر في مرض بيك وقبل أن يصبح فقدان الذاكرة واضحاً بشدة، يمكن تعداد تأرجحات المزاج وأنماط شاذة من السلوك وفقدان مشاعر الخجل والحياء وفقدان الكوابح الجنسية. وكذلك السلوك الاجتماعي غير المناسب كالضحك في جنازة أو الصراخ في مكتبة عامة.

مرض بيك مرض نادر جداً. ولا توجد معلومات كافية حول الأسباب. ويبدو أنه يتكرر في أسر معينة على الرغم من أنه لم يتم التمكن حتى الآن من تحديد وجود عامل وراثي. ولا يمكن التأكد من التشخيص إلا بعد الموت عند تشريح الدماغ. ولا يوجد حتى الآن علاج معروف له.

5- اضطرابات دماغية عضوية أخرى

يمكن لأعراض عيادية واضحة المعالم أن تسبب ضمن ظروف معينة الخرف. ويتمركز علاج الخبل أو الخرف عادة على إزالة أسباب المرض الجسدي. وفيما يلي عرض لبعض الأمثلة:

1.5- خرف الإيدز

يسبب الفيروس المسبب لمرض نقص المناعة المكتسب في بعض الحالات الخرف. ويمكن للخرف أن يبدأ بتغيرات بسيطة في الشخصية والذاكرة والسلوك وهي تغيرات عادة ما تكون في البداية ردة فعل على تشخيص المرض. إلا أنه لدى بعض مرضى الإيدز تبدأ أطوار من الاكتئاب والذهانات بالظهور بانتظام، وغالباً في الوقت نفسه مع العدوى الانتهازية⁽¹⁾ opportunistic كالتهاب الجهاز التنفسي أو غيره مثلاً. ويلاحظ لدى بعض المرضى فقدان واضح للذاكرة. وأخيراً يعترف مرضى الإيدز المصابين بالخرف بأنفسهم بوجود مشكلات في ذهنية لديهم. ويشكون من فتور عام وفقدان الاهتمام بوجوه حياتهم المختلفة التي كانت ذات أهمية بالنسبة لهم في السابق.

يغلب لأعراض الخرف لدى مرضى الإيدز أن تستقر لأشهر عدة بل لسنوات أحياناً قبل أن تعود للتفاقم من جديد.

وعلى الرغم من عدم وجود علاج للإيدز أو لخرف الإيدز أو حتى للمشكلات

(1) المقصود هنا العدوى غير الأساسية وإنما الأشكال الأخرى من العدوى التي تنتهز ضعف جهاز المناعة لتفعل فعلها في مناطق مختلفة من الجسد.

النفسية الأخرى المترافقة مع المرض فإن الأعراض تستجيب للأدوية . فالمنشطات مثل الميثيلفينيدات والدكستروأمفيتامين Methylphenidate & Dextroamphetamine تحسن لفترة قصيرة مساحة الانتباه والقدرات العقلية بشكل عام. ويمكن علاج الأطوار الذهانية بجرعات قليلة من مضادات الذهان (المعقلات). وتستجيب الاكتئابيات بصورة جيدة لكميات ضئيلة من مضادات الاكتئاب.

ولعل استخدام الأدوية في علاج الخرف يصبح أكثر تعقيداً من خلال استخدام أدوية أخرى تتبادل التأثير مع هذه الأدوية والتي تستخدم لعلاج العدوى والالتهابات. وبشكل عام ينبغي وصف جرعات قليلة من الأدوية من أجل حصر التأثيرات الجانبية ضمن حدودها الدنيا. وبعض الأدوية ينبغي تجنب استخدامها على الإطلاق على نحو مضادات الاكتئاب ذات التأثير الجانبي المضاد للكولين.

2.5- أمراض معدية أخرى

يمكن لعدد كبير من الأمراض المعدية أن تسبب الخرف. وعليه تقود أشكال مختلفة من التهابات السحايا إلى التراجع التدريجي للقدرات العقلية وتنتهي بالموت عادة إذا لم تعالج بالمضادات الحيوية. وتسبب كثير من التهابات الدماغ لدى بعض المرضى الخرف كذلك إذا لم يعالجوا بسرعة.

وهناك شكل من نادر من الخرف يسببه مرض ياكوب كرويسفيلد-Jacob kreutzfeldet، الذي ينشأ من خلال فيروس بطيء التأثير الذي لا يمكن رؤيته حتى بالميكروسكوبات الحديثة. وتظهر الأعراض بين الخمسينات أو الستينات من العمر. ويتطور الخرف الشديد خلال أسابيع قليلة بعد التشخيص. ويحدث الموت بعد سنة تقريباً. وتشبه أعراض مرض جنون البقر أعراض مرض ياكوب كرويسفيلد، إلا أنه يلاحظ أن سن المرضى تحت الأربعين. أما التطور فهو واحد. ويعتقد العلماء أن السبب يرجع إلى وجود نوع من البروتينات الحيوانية التي تدمر الخلايا الدماغية عند المرضى جراء تناول لحوم البقر التي يتم تغذيتها على بقايا الأغنام.

6- الأعراض النفسية الناجمة عن أمراض جسدية أخرى

يوجد حوالي 70 مرض واضطراب جسدي معروف يمكنه أن يثير أعراضاً نفسية مختلفة الأنواع. وليس كلها تسبب أضرار دماغية دائمة. وفي كل الأحوال ينبغي معالجة المرض المسبب. وفيما يلي سوف نقوم بعرض بعض صور الاضطرابات الجسدية والتي يمكن لها على الأغلب أن تثير أعراضاً نفسية أو عقلية. ولا نقصد هنا تلك الطائفة من الاضطرابات التي تسمى الاضطرابات النفسية الجسدية أو الفيزيوسفسية، أي تلك الأعراض الجسدية الناجمة عن أسباب نفسية أو تلك المعاناة النفسية الناجمة عن اضطرابات أو أمراض نفسية.

1.6- سرطانات الدماغ والأورام الدماغية

تضغط الأورام والسرطانات الدماغية على الخلايا العصبية وتدمرها أحياناً مسببة الخرف والاكْتئاب وتغيرات الشخصية والسلوك أو الأهلـاس وذلك حسب حجم البـاحات الدماغية المصابة. وفي هذه الأورام التي يمكن تشخيصها بالتصوير المدعم بالكمبيوتر يمكن أن يتعلق الأمر بنوع أساسي من السرطان، أي سرطان ناشئ أصلاً في الدماغ أو سرطان ثانوي، أي سرطان متموضع في مكان آخر كسرطان الرئة الذي يمتد ليصيب الدماغ.

2.6- نقص التغذية والمواد السامة

يقود نقص الفيتامين ب12 إلى فقر دم خطير. ويمكن للنقص في حمض الفوليك والتسمم المزمن بالعقاقير أن تستجر مجموعة الاضطرابات تتصف بعدم الهدوء والاستثارة وتغيرات المزاج والمشكلات الذهنية أو التفكير الزوري (البارانوي).

ومن النادر أن تظهر اضطرابات انفعالية نتيجة التسمم بالرصاص والزئبق أو الزرنيخ أو أول أكسيد الكربون. ومع ذلك فهناك أعضاء أخرى تتأثر بالتسمم الناجم عن هذه المواد كالكليتين والمعدة والخلايا الدموية.

ويقود نقص التغذية وبشكل خاص انخفاض الإمداد بالفيتامين (الفيتامين ب1) إلى اضطرابات الاستقلاب في بعض الأحيان في الدماغ، الذي يمكن أن يقود

للخرف. وهذا ما يحدث على الأغلب مع الكحوليين الذين لا يتغذون بصورة جيدة. وغالبية المعننين سرعان ما يعودون لحالتهم الطبيعية بعد عودتهم لنظام غذائي غني بالعناصر الغذائية.

3.6- أمراض الكبد

يمكن لأمراض الكبد أن تسبب تغيرات خطيرة في الاستقلابات الكيماوية في الدماغ، مما يسبب حالات التشتت وحالات الاستثارة ويقود في بعض الحالات إلى ذهان حاد.

تلاحظ مشكلات الكبد على الأغلب لدى الكحوليين الأمر الذي يمكن أن يسبب من جهته تضررات دماغية. ومن الصعب جداً بين الأعراض التي تتجم عن التغيرات الكيماوية في الدماغ المتسببة من خلال تضررات الكبد وبين الأعراض التي تتجم عن تعاطي الكحول. كما أن العلاج صعب. ومن خلال العلاج طويل الأمد لأمراض الكبد يمكن أن يتم التغلب على الأعراض النفسية المترافقة مع المرض شريطة أن يظل المعني جافاً وأن يتم تخفيض عوامل الخطر الأخرى إلى حدها الأدنى.

4.6 الاضطرابات الغدية

تسبب اضطرابات الجهاز الغدي أعراضاً نفسية. فنقص إفراز الغدة الدرقية يقود للاكتئاب والفتور أو اللامبالاة. وفرط إفرازها يقود لنوبات القلق والهلع واضطرابات النوم والطعام. ويسبب مرض أديسون الناجم عن اضطراب الغدة الكظرية إلى اللامبالاة والاكتئاب أيضاً، في حين يمكن لمتلازمة كوشنغ Cushing-syndrome أن تسبب الاكتئاب أو الزور. كما يرتبط السكري بتقلبات في المزاج. ويسبب نقص السكر في الدم hypoglycemia أعراضاً تتراوح بين التشتت مروراً بالاكتئاب والقلق والخرف.

5.6- أمراض أخرى

يمكن لتصلب الشرايين المتعدد أن يسبب أطواراً من النشاط أو الخفة (اليوفوريا Euphoria) غير المفسرة بعد وأطواراً من التضررات العقلية الطفيفة،

يمكن في بعض الحالات أن تتفاقم نحو الخبل. وكذلك يعتقد بوجود علاقة بين هذا المرض والاكتئاب. ويمكن للصرع الجبهي أن يقود لتصورات هذيانية وأهلاس وأعراض شبيهة بالفصام وأطوار غير متميزة من العنف والعدوانية. كما يمكنه أن يسبب ارتباطاً عاطفياً شديداً بأشخاص أو نشاطات معينة.

ويمكن للروماتيزم وأنواع معينة من سرطانات القسم الأسفل من البطن وبشكل خاص سرطانات غدد البطن أن تقود إلى اضطرابات انفعالية. ويمكن للسفلس غير المعالج أن يسبب طيفاً واسعاً من الاضطرابات النفسية بما في ذلك الخرف، في الطور الثالث من المرض.

وتسبب متلازمة باركنسون في نصف الحالات تقريباً الاكتئاب أو الخبل.

6.6- استهلاك العقاقير والكحول والسحب

كما أسلفنا في فصل التعلق بالمواد المسببة للإدمان يمكن أن تظهر لدى الكحوليين في أوقات ازدياد كمية الشرب اضطرابات في الذاكرة. وأثناء السحب يمر كثير منهم بحالات من البطح تستمر لساعات أو أيام تظهر في مجراه أهلاس وتصورات هذيانية وعلامات عامة من التشتت وفقدان التوجه.

وتسبب المواد شديدة التنشيط كالكوكائين وبشكل هاص في الأشكال سريعة التأثير منه القابلة للتدخين كالكراك crack سواء أثناء الاستهلاك أم بعده حالات ذهانية على الأغلب وزور واضطرابات نفسية أخرى. أما المواد المنشطة الخفيفة كالكافيين والأمفيتامين يمكن أن تسبب القلق. ويسبب ل أس د LSD تصورات هذيانية وأهلاس.

وفي بعض الحالات تسبب الأدوية أعراضاً نفسية. مثال ذلك يمكن لبعض الأدوية التي توصف لارتفاع ضغط الدم التي تخفض من إمداد الدماغ بالأوكسجين وبشكل خاص لدى كبار السن الذين تعمل دورتهم الدموية بالأصل بشكل سيئ أن تسبب أعراضاً كالخرف والتشتت وضعف التركيز. ويمكن للريسربين Reserpin والميثيل دوبا Methyl-Dopa أن يسببا اضطرابات مزاجية مثل الحزن الشديد أو الغبطة

الحويية (اليوفوريا). ويمكن للمسكنات (الباربيتورات) والمهدئات (البنزوديازيبانات) أن تسبب فجوات ذاكرية. ويمكن للستيروئيدات Steroide أن تسبب بعد تناولها بوقت قصير تغيرات مزاجية. ويمكن لأدوية الغدة الدرقية أن تسبب أحياناً ذهانات. ويمكن لموانع الحمل والأدوية الهرمونية أن تسبب تغيرات مزاجية أيضاً. ويمكن معالجة الأعراض من خلال تعديل الجرعات.

7.6- الرضوض الدماغية

يمكن للإصابات الدماغية أن تسبب الخرف المزمن وعدد كبير من المشكلات الطبية النفسية قصيرة وطويلة الأمد. فالملاكمون الذين يتلقون الضربات خلال سنوات عدة على رؤوسهم يظهر الخرف عليهم يصعب تفريقه عن مرض الزهايمر. وفي التشريح يمكن أن يلاحظ بالفعل تغيرات في الألياف العصبية والصفائح شبيهة بالتغيرات التي تلاحظ في الزهايمر.

وعلى الرغم أن أنه يمكن لجرح واحد كبير أن يسبب الخرف إلا أن الأغلب أن يسبب فجوات في الذاكرة وتشتت عابر وأهلاس أو نوبات عدوانية. وتظهر الأعراض الوخيمة الناجمة عن صدمات الدماغ والجمجمة بعد الإصابة مباشرة وتراجع بعد ذلك بالتدريج أثناء شفاء الجرح. وفي بعض الأحيان تعود الذاكرة بالتدريج، إلا أنه يغلب أن يتم فقدان الذكريات التي حدثت قبل الحدث وبعده بقليل إلى الأبد.

وفي حال سببت الإصابة نزيفاً دموياً تحت سقف الجمجمة (ما يسمى بالورم الدموي تحت الغشاء subdurale hematoma) يمكن أن تظهر بعد أيام عدة من الحادث أعراض طبية نفسية عندما يضغط تجمع الدم على الدماغ. ويعد النزيف الداخلي حالة طارئة طبية يمكنها أن تقود إلى الموت إذا لم يتم التدخل الجراحي من أجل تخفيف الضغط. وحتى أبسط الإصابات في الرأس التي قد لا تبدو ذات أهمية يمكن أن تسبب نزيفاً داخلياً يمكن بدوره أن يسبب بعد أسابيع أو أشهر أعراضاً نفسية بما في ذلك علامات الخرف. ويمكن لإصابات الرأس في بض الأحيان أن تسبب تغيرات دائمة في الشخصية والسلوك وكفاءة الإنجاز العقلية قد لا يتعافى منها المعني على الإطلاق على الرغم من الرعاية الطبية المكثفة.

8.6- العلاجات الطبية

إلى جانب الأدوية يمكن لعلاجات طبية معينة كالديلزة (غسيل الكليتين) أو العلاج بالأشعة أو العلاج الكيميائي بالسرطان أن يقود إلى أعراض اضطرابات نفسية أو أعراض اضطرابات طبية نفسية وتضررات استعرافية.

كما وجدت علاقات بين العمليات الجراحية الكبيرة وأطوار من التعطل الاستعرافي والاكْتَنَابَات، حيث يمكن لهذه الأعراض أن تكون نتيجة للتغيرات المفاجئة في الاستقلالات وجريان الدم في الدماغ ومواد التخدير وأدوية أخرى التي يتم تناولها قبل وأثناء وبعد العملية الجراحية.

9.6- البطاح

في حين أن الخرف حالة مزمنة فإن البطاح delirious عبارة عن حالة عابرة. والبطاح عبارة عن عدم القدرة على التركيز على المحيط المباشر والاحتفاظ بانتظام التفكير وتفسير الانطباعات الحسية بصورة صحيحة. ويمكن أن تحدث حالة البطاح نتيجة للعوامل العضوية المذكورة في الفقرات السابقة. ويظهر البطاح على الأغلب بشكل مفاجئ ويختفي بمجرد إزالة السبب الجسدي المسبب له. ويمكن أن تسبق حالة البطاح أهلاس بصرية على شكل حيوانات غالباً. وتكثر ملاحظة ذلك بشكل خاص في أثناء سحب الكحول والعقاقير. وتكثر ملاحظة البطاح في المستشفيات لدى كبار السن بعد العمليات عندما يصحو المرضى من التخدير. كما يمكن للبطاح أن يظهر في سياق ارتفاع درجة الحرارة الناتجة عن العدوى. ويغلب أن تختفي الحالة بعد انخفاض درجة الحرارة. وأثناء البطاح يمكن أن يحصل أن يتخبط المريض حوله ويمزق الأربطة ويسحب حقن التشريب الوريدي (السيروم).

ويمكن في بعض الأحيان إعطاء المهدئات من أجل تهدئة مرضى البطاح. إلا أنه علينا الحذر هنا لأنه يمكن أن تزداد حالة التشتت من خلال الأدوية. العلاج الوحيد لإزالة حالة البطاح هو في علاج المرض أو الاضطراب.

بعض الأمراض الجسدية التي تترافق مع أعراض نفسية

الأعراض	الاضطراب
الاكتئاب، ضعف الذاكرة، البطاح، الذهان	داء الذئبة الجهاز (الشامل) systemically lupus erythematoses (SLE)
اضطرابات غددية واضطرابات استقلاب	
اكتئاب، تأرجحات المزاج، القلق، خداعات حسية، ذهانات.	متلازمة كوشنغ
اكتئاب، لامبالاة (فتور)، زور، ذهان، اكتئاب، قلق، هذيان عظيمة، فرط الوظيفة، سرعة إثارة (عصبية) ذهان.	مرض أديسون
اضطرابات تفكير، قلق، استثارة، خداعات حسية، زور، أهلاس، فرط الحاجة للنوم.	نقص إفراز الغدة الدرقية
استثارة، تشتت	نقص السكر في الدم
عدوى	
اكتئاب، استثارة، زور، ذهان، خرف	الخرف الناجم عن الإيدز
خرف	سل غشاء المخ
خبل متقدم سريع	مرض ياكوب - كرويسفيلد
أورام	
الاكتئاب، اللامبالاة	سرطان لغدد غدد البطن
اضطرابات عصبية	
اكتئاب، قلق، تغيرات في الشخصية	أورام ضمن قحفية (داخل الجمجمة)
استثارة، تشتت، اكتئاب، خرف	ورم دموي تحت الأم الجافية.
استثارة، تغيرات في الشخصية، اكتئاب، خبل	متلازمة بعد الاضطراب post commotional Syndrome

الأعراض	الاضطراب
استثارة، تغيرات في الشخصية، اكتئاب، خرف	مرض الزهايمر
اضطرابات انفعالية، فقدان الذاكرة، (اضطرابات حساسية أو اضطرابات في الحركة)	التصلب المتعدد للشرايين
قلق، اكتئاب	ضعف العضلات myasthenia gravis (الوهن العضلي)
اكتئاب، سلوك تعلق، خبل، ذهان	متلازمة باركنسون
تغيرات في الشخصية، استثارة، تدهم معرفي، اكتئاب، خبل.	رقاص هونتيفغتون
نقص التغذية	
اكتئاب، زور، استثارة	فقر الدم المؤذي
خرف	مرض نقص فيتامين ب 12

الباب الثاني

صفحة زوجية فارغة

يوضع بدلا عنها صفحة بيضاء عند الطباعة النهائية.

الفصل الثامن

الاضطرابات السلوكية والانفعالية في سن ما قبل المدرسة

على الرغم من أن صعوبات النمو أصبحت في عصرنا الراهن أكثر ملاحظة لدى الأطفال صغار السن عن قبل، إلا أن الاضطرابات النفسية كالفصام والاكتئاب ما زالت نادرة نسبياً. وسوف نقوم فيما يلي من الحديث بالتعرض للمشكلات النفسية الأكثر ملاحظة في سن الطفولة المبكرة.

1- اضطرابات اللغة والتعبير

اللغة هي الاستخدام الصحيح للكلمات من أجل التعبير عن المعاني. والتعبير articulation في هذا السياق عبارة عن القدرة على اللفظ الواضح. وعلى الرغم من أن كل طفل له سرعته الخاصة في تعلم اللغة، إلا أنه ينبغي بعد سن السنتين فحص القدرات اللغوية عنده.

ويحتمل للطفل أن يعاني من اضطرابات في اللغة إذا بلغ عمر السنتين ولم يتكلم بعد على الإطلاق، أو عندما يعانون من مشكلات في بناء الجملة أو في استخدام الكلمات. ويمكن للنقص في كفاءات الكلام أن تعيق التعلم ذلك أن التفكير والذاكرة مرتبطتان ببعضهما بعلاقة تبادلية. ويمكن لصعوبات اللغة أن تسبب مشكلات في جميع مجالات النمو المعرفي، بدءاً بالأسلوب الذي يفكر الطفل ويدرك العالم فيه وانتهاءً بالأشكال التي يدخل فيه بعلاقة مع الآخرين. كما ويمكنها أن تؤثر بصورة غير مناسبة على انفعالات الطفل وتعيق تكيفه الاجتماعي.

وعلى الرغم من أنه ينبغي أن يتم فحص التأخر في النمو اللغوي عند الأطفال، إلا أنه ينبغي للوالدين ألا يقلقا لتأخر النمو اللغوي عند طفلهما. فليس كل تأخر في النمو اللغوي دلالة على وجود مشكلات تستحق العلاج. إذ تكثر ملاحظة مشكلات اللغو عند الأطفال، وكثير من الأطفال الصغار لا يعبرون عن أنفسهم لفظياً. وبدلاً من تخويف الوالدين وجعلهم عصبيون وقلقون، من الأفضل تشجيعهم ودعمهم في مساعيهم. وكثير من الأطفال الذين بدءوا بالكلام بعد سن الثالثة يظهرون ذكاءً ملفتاً للنظر عندما يتكلمون.

1.1- اختبار السمع

عندما لا يستجيب الطفل للكلمات المنطوقة وللأصوات في المحيط، ولا يفهم ما يقوله الآخرون ولا يستطيع التفريق بدقة بين الكلمات المتشابهة، فإنه يحتمل أن تكون صعوبات اللغة عند الطفل ناجمة عن صعوبات في السمع. ومن ثم فإنه من الضروري إجراء اختبار للسمع والنطق، ذلك أن نمو اللغة يتأثر بشدة بالعوامل الجسدية بما فيها ضعف السمع ومشكلات بنية الوجه وعضلاته. كما ويمكن للصمم أن يكون من مؤشرات الإعاقة العقلية أو الانغلاق (الأوتزمية).

فعند ملاحظة وجود تأخر في الكلام ينبغي الشك بوجود تضرر في قدرة السمع ومن ثم ينبغي فحص الطفل من قبل طبيب أنف أذن حنجرة. ومن المهم أن يجرى الفحص بشكل مبكر، إذ أنه كلما كان الاكتشاف مبكراً كلما أمكن مساعدة الطفل من خلال برامج التدريب اللفظي. أما التأخر في التشخيص فيمكن أن يقود إلى مشكلات عدة بالنسبة للطفل.

2.1- اللجاجة

يمر غالبية الأطفال عندما يبدأون بالكلام بمراحل من اللجاجة أو من سيولة لغوية مضطربة. غير أن هذه الصعوبات تزول في المعتاد من تلقاء نفسها مع الزمن ومع النمو في اكتساب اللغة. ولكن لدى عدد قليل من الأطفال تصبح عادة تكرار الحروف أو الكلمات أو المقاطع عادة مستمرة وتزداد هذه الحالة سوءاً وتقود في

النهاية إلى اللجاجة. وبمجرد أن يبدأ الأطفال في اللجاجة فإنهم يتوترون وقلقين الأمر الذي يسبب ازدياد اللجاجة سوءاً. وفي غالبية الحالات تختفي اللجاجة من تلقاء نفسها ثانية. ومن خلال الإرهاق يمكن أن تحدث انتكاسات.

تبدأ اللجاجة عادة في السن الواقعة بين سنتين إلى سبع سنوات. ويعاني حوالي 5% من الأطفال من اللجاجة. ولكن من غير المعروف حتى الآن لماذا يلجج الأطفال. ويعتقد العلماء بوجود عوامل وراثية وضغط إنجاز يمكن أن تسهم في اللجاجة.

3.1- العلاج

لعلاج اضطرابات الكلام يتم استخدام التربية اللغوية (اللوجوبيديا Logo-Pedia). وهي عبارة عن مجموعة من الإجراءات التي تهدف إلى المساعدة على تعديل السلوك الذي يبيح أو يكف سيولة الكلام. وفيما يلي عرض لبعض إجراءات العلاج اللغوي أو التربية اللغوية المستخدمة:

1- التكلم الموزون. ويتم استخدام جهاز البندول (المسراع Metronome)، وهو جهاز إيقاعي لمساعدة الطفل على التكلم بطريقة موزونة. وعلى الرغم من أن هذه الطريقة ناجحة ومفيدة إلا أن نسبة الانتكاس فيها تكون كبيرة ويكون أسلوب الكلام الناجم عن ذلك مختلفاً عن الكلام العادي.

2- التكلم ببطء: يتم من خلال هذه الطريقة تدريب الطفل على تعويض لجلجتهم من خلال أسلوب في الكلام يركز على نطق المقاطع والكلمات بشكل واضح ومبالغ فيه.

3- اللجاجة البسيطة: يتم هنا تعليم الطفل طريقة في الكلام ليست خالية تماماً من اللجاجة ولكنها قريبة من الطريقة العادية للكلام.

كما يمكن للعلاج باللعب الذي يساعد الأطفال على التعبير عن مشاعرهم أن يكون مفيداً للأطفال اللجاجين. كما يمكن للعلاج النفسي أن يكون مفيداً للوالدين ويساعدهم على التخلص من القسر والإرهاقات التي يمكن أن تسهم في ظهور اضطرابات اللغة عند أولادهم.

2- الغوف والقلق

كل الأطفال يخافون من موضوعات ومواقف محددة. وفي الواقع فإن جزء من هذه المخاوف واقعية وملموسة وتحمي الطفل من التعرض لمخاطر، كالسيارات في الشوارع ومن الارتفاعات العالية ... الخ.

وهناك مخاوف معينة تميز كل مرحلة من المراحل العمرية ولا تعني بالضرورة إلى أن هذه المخاوف ستؤثر على حياة الطفل فيما بعد أو ستسبب مشكلات مستقبلية. فالأطفال الصغار يستجيبون بالخوف عند مواجهة الغرباء ويفزعون من الأصوات العالية. كما وأن الأطفال الصغار يفزعون من الأحداث الغريبة والحركات غير المتوقعة والمواقف الغريبة والناس الآخرين. وفي سن الثانية أو الثالثة من العمر يكون الخوف من الحيوانات طبيعياً، ولاحقاً من المخلوقات الخيالية والعتمة.

ولكن في بعض الأحيان يمكن للمخاوف أن تصبح شديدة إلى درجة أنها تعيق الحياة الطفل من ممارسة فعاليات حياته اليومية. أو أنها تظهر في سن غير مناسب أو أنها تستمر لوقت طويل بصورة غير مألوفة.

وعندما تدفع المخاوف الطفل للتخلي عن النشاطات أو المواقف الطبيعية عندئذ نطلق عليها تسمية الرهابات. إنه لمن الطبيعي أن يخاف ابن الأربع أو الخمس سنوات في العتمة من الأشباح، ولكن عندما لا يستطيع الطفل النوم بسبب هذه المخاوف أو عندما تستمر هذه المخاوف في السنوات اللاحقة عندئذ فإنه يعاني بشكل مفرط، ويحتاج الوالدين للمساعدة الخارجية من أجل التعامل مع الموقف.

1.2- الأسباب

ليس من السهل دائماً تحديد السبب الذي يسبب الخوف والرهابات عند الأطفال الصغار. فقد أظهرت الدراسات أن بعض الأطفال يبدون خوافين أو ميالين للخوف بطبيعتهم. ولهذا يحتمل أن تلعب الفروق في الطباع دوراً كبيراً في نشوء الخوف.

ويتحدد المزاج بالوراثة. وبالفعل تظهر اضطرابات القلق في أسر معينة أكثر من

غيرها. ومن الطبيعي هنا أيضاً أن الطفل الذي ينمو في أسرة يعاني أفرادها أو بعضهم من الخوف يحتمل له جداً أن يتعلم الخوف والذعر. كما وأن الأبحاث تظهر أن الأطفال يتبنون مخاوف والديهم كالخوف من الكلاب والحشرات والبرق.

2.2- قلق الانفصال وقلق الغرباء

يظهر القلق من الانفصال عن الوالدين لدى الرضع والأطفال الصغار بشكل متكرر جداً. ففي الشهر السابع يكون الطفل قد أقام ارتباطاً خاصاً بأهم شخص، الذي عادة ما يكون الأم. وبمجرد أن ينشأ هذا الارتباط يمكن لأي موقف يؤدي لقطع هذا الارتباط أن يثير قلق الانفصال.

ويتطور الخوف من الغرباء مع قلق الانفصال. ويتجلى قلق الانفصال بشكل خاص في السنة الثانية من عمر الطفل ويتناقص بعد ذلك. فلدى ابن السنتين يكون من الطبيعي التمسك بالوالدين عندما يرسلانه للروضة وألاً يهتم بالتفاعلات في الروضة لوقت قصير في البداية. وبمجرد أن يصبح الأطفال أكبر سناً فإن غالبيتهم يستجيبون بشكل غير قلق على الانفصال ومقابلة الغرباء ويتواصلون مع الناس.

ولكن في بعض الحالات لا يختفي قلق الأطفال بعد مرور فترة على الابتعاد عن الوالدين، وتقود الحيرة والارتباك الطفل إلى أن يصبح ذهابه للروضة غير ممكن على الإطلاق أو البقاء مع مربيته وحده. وفي حالة استمرار هذه الحالة أو عودتها مرة تلو الأخرى، يمكن أن تتضرر نوعية حياة الطفل. فالأطفال الذين يعانون من قلق الانفصال يعانون من صعوبات كبيرة في النوم وحدهم بل ويمكن أن يمتنعوا إطلاقاً عن البقاء وحدهم في الغرفة. إنهم يتمسكون بشك وحيرة بالشخص المرجعي لهم وبعضهم يشكو من أوجاع غير محددة أو غير نوعية وشكاوى جسمية عندما يتوقعون حدوث انفصال ما.

وهؤلاء الأطفال يخافون عند الانفصال من أنهم يرون شخصهم المرجعي (الأم أو الأب) للمرة الأخيرة، لأنه سيحدث له شيئاً مرعباً. ومن الممكن أن يعذبهم هذا الخوف من الخطر المتصور الذي سيحدث لأسرتهم في شكل خوف من الحيوانات والأشباح والوحوش وخاطفي الأطفال وحوادث السيارات والطائرات (يمكن لهذه

المخاوف أن تظهر دون قلق انفصال عند الأطفال). ويمكن لهذا الخوف أن يظهر بعد موت أحد أفراد الأسرة أو حيوان منزلي، أو بعد مرض أو بعد تغيير في المحيط المنزلي أو عند انتقال الجيران.

3.2- مؤشرات لوجود مشكلات

تعتبر الفترات العابرة من قلق الانفصال طبيعية، أما القلق المفرط والمستمر والشديد فلا. وينصح باللجوء إلى المساعدة المتخصصة على سبيل المثال عندما:

= يمنع ضغط المعاناة الشديد عند الطفل الوالدين من تمكن الوالدين ترك الطفل أثناء النهار أو مساء عند أشخاص آخرين؛

= لا يستطيع الطفل مغادرة منزله دون معاناة آلام نفسية شديدة؛

= يظهر رعب الطفل من الانفصال من خلال الكوابيس التي تعيق نومه؛

= تظهر أعراض جسدية عند الطفل (كالصداع وآلام البطن وآلام شبيهة بالكريب) كردة فعل على أفكار الانفصال؛

ويمكن أحياناً أن يكون قلق الانفصال السبب في العادات السيئة عند الطفل كقضم الأظافر أو مص الإصبع أو نوبات الغضب.

4.2- العلاج

تتألف الخطوة الأولى في العلاج من خلال منح الطفل الثقة بالحب والاعتراف الوالدين وتقوية مشاعر القيمة الذاتية عنده. وأحياناً يمكن تخفيض أعراض الأزمة النفسية من خلال نظام تعزيز. وينبغي توضيح التغيرات الحاصلة في المجرى اليومي للحياة أو المراحل الحياتية الجديدة (كولادة أخ أو المرض أو الموت المتوقع لأحد الوالدين أو الطلاق) بحذر وحرص شديدين للطفل، حيث على الإنسان أن يؤكد على حقيقة أنه ليس هناك من ذنب للطفل في الحدث أبداً. ويمكن لطرق تعديل السلوك التي تخفض بالتدريج حساسية الطفل نحو الانفصال أن تفيد في الحالات البارزة من قلق الانفصال.

5.2- كيف يمكننا منع نشوء القلق المباليغ به

بما أن مخاوف الوالدين يمكن أن تنعكس على أطفالهم فإنه من المفيد إذا ما قام الوالدان في البداية بمواجهة فرط ردود أفعالهما والمبالغة بها وأن يسعوا إلى عدم إظهار خوفهم أمام أطفالهم.

وعلى الرغم من أنه ينبغي تدريب الطفل على التعرف على المواقف الخطيرة وتجنبها فإنه من المهم ألا يشعرا أن المخاطر المتوفرة في محيطهما بأنه شديدة. وعندما يظهر الإنسان لهم وبشكل متناسب مع سنهم أنماط السلوك المناسبة في التعامل مع المخاطر، فإنهم سوف يشعرون بتمكنهم من التحكم بالموقف. فإذا ما أراد المرء مثلاً إفهام الأطفال تجنب الغرباء ضمن ظروف معينة أو في حالات معينة فإنه يفضل أن ينصحهم مثلاً ألا يصعدوا مع شخص غريب في السيارة وأن يصرخوا في حال أن أجبرهم أحدهم على الصعود في سيارته، بدلاً من أن يحدثهم عن الوجوه المرعبة عما سيحصل لهم لو أن أحدهم أخذهم معه في سيارته. ولدى الطفل الخوف أو الطفل الذي ما زال صغيراً ومن أجل تمكن الطفل من تحمل الأشياء المسببة للخوف فإنه من واجب الوالدين إبعاد الطفل عن الأشياء المرعبة على نحو مشاهدة أفلام الرعب على سبيل المثال.

3- الخجل وتجنب المواقف الاجتماعية

على الرغم من أن الأطفال الصغار البالغون من العمر سنتين يكونون ما زالوا متعلقين بوالديهم ويظهرون نوعاً من الخجل أمام الآخرين، فإن كثير من الوالدين ينجحون في دفع ابنهم وتشجيعه على اللعب مع الأطفال الآخرين. ومع الزمن وعندما يقضي الأطفال أوقاتاً متزايدة مع الأطفال الآخرين في رياض الأطفال والمدارس يظهرون سعادة واهتماماً ببعضهم البعض. وعادة ما يفضل الأطفال البالغين من العمر بين أربع وخمس سنوات اللعب مع الأطفال من عمرهم نفسه أو مع من يصغرونهم سناً وينمون في التعامل معهم كفاءات اجتماعية.

وكما ذكرنا في السابق فإن الطفل الذي يعاني من قلق الانفصال يلتصق بأمه

ولا يشارك في النشاطات الجارية مع الأولاد الآخرين في أي مكان آخر. غير أن قلق الانفصال ليس السبب الوحيد للانسحاب الاجتماعي عند الأطفال.

وبعض الأطفال خجولين بطبعهم ويحتاجون إلى وقت حتى يعتادوا على الأولاد الآخرين والتعامل معهم. والخجل عادة عند هؤلاء ليس مشكلة. ولكن ينبغي التفريق بينه وبين الأشكال الأخرى الجدية من السلوك الاجتماعي التجنبي. مثال ذلك عندما يستجيب طفل في سن ما قبل المدرسة الابتدائية في البداية بخجل عندما يقدمه والده لزملائه في العمل أو عندما يأخذه للمرة الأولى للروضة فإن ذلك يعد سلوكاً طبيعياً بالنسبة لسنه، ولكن الطفل الذي يمتنع دائماً عن اللعب مع الأطفال الآخرين أو عن التعرف على أناس جدد، فإنه يحتمل له أن يشعر بالخوف من المواقف الاجتماعية.

الأطفال الذين يعانون من الاضطراب النادر المسمى "الخرس الاختياري Elective Mutism" ينسحبون من خلال امتناعهم عن الكلام أو من خلال تكلمهم مع أفراد أسرهم فقط.

1.3- الأسباب

يخمن وجود أسباب عدة منها الدرجة المرتفعة من القلق وصعوبات النمو اللغوي. ومن الأسباب كذلك النقص في الشعور بالأمان مع الأطفال من السن نفسه. والطفل الوحيد الذي ينمو في وحده على الأغلب وغير معتاد أن يشاهد الأطفال الآخرين أو الغرباء قد يشعر بالإرهاق جراء التحاقه بروضة الأطفال أو المدرسة في حين أن الطفل الذي اعتاد على رؤية الأطفال الآخرين والجيران والأقارب.. الخ قد لا يعاني من مثل هذه الصعوبات.

كما يمكن للاتجاهات الوالدية أن تلعب دوراً. فبعض الأهل يعاقبون أولادهم أو يخجلونهم عندما يعبرون عن سلوك تعلقي طبيعي بالنسبة لسنهم، كالتمسك بوالديهم أو محاولتهم الحصول على انتباههم. وبدلاً من المخاطرة بمثل هذه العواقب يفضل بعض الأطفال الصغار التصرف بتحفظ. كما يمكن أن يكون العكس صحيحاً. فالأم التي تشجع باستمرار سلوك التعلق عند طفلها حتى في السن التي لا بد

فيها للطفل من أن يصبح مستقلاً بالتدريج، ومن ثم تكبح الحاجة الطفلية للاكتشاف. ومن خلال هذا السلوك يمكن أن يتولد الانطباع لدى الطفل بأنه من الخطر الابتعاد عن حضن الأم.

2.3- العلاج

عادة ما يبدأ الأطفال الصغار الذين يشعرون بالخجل من الإحساس بالراحة ببطء في حضور الآخرين والأتراب عندما يتألفون مع الموقف. ومن خلال العم والتشجيع يمكنهم أن يبدؤوا بالتدريج على الاسترخاء في المواقف الاجتماعية. وبعضهم الآخر يحتاج إلى وقت أطول، وعلى المرء أن يحترم سلوكهم الانسحابي.

ومن المرجح أن تتم ملاحظة مشكلات التفاعل الاجتماعي في رياض الأطفال. على الوالدين التكلم مع مربيات الرياض لمعرفة كيفية تصرف ابنهم خارج البيت. والعلاج النفسي أو الطبي النفسي غير ضروري في هذه المرحلة من العمر.

أما الأشكال الوخيمة من الانسحاب كالخرس الاختياري فينبغي معالجتها من خلال متخصص نفسي.

4- الغضب والسلوك العدواني

يصعب التفريق بين السلوك التوكيدي للذات السليم والتعبير السليم عن الغضب وبين السلوك الهدام والمعاند. وغالباً ما يكون من الصعب إفهام الطفل التعبير عن هذه الانفعالات بشكل مناسب. فالطفل البالغ من العمر سنتين الذي يضرب إلى الطاولة، أو الطفل الذي يبلغ من العمر أربع سنوات والذي يضرب رفاق اللعب، يمكن أن يعبر بذلك عن قدرة توكيد الذات أو عن الاندفاعية أو عن الإحباط العابر ولكن ليس بالضرورة أن يكون ذلك تعبيراً عن الرغبة في أذية شخص ما.

وحتى الأطفال الصغار يمكنهم تعلم بأن الضرب والانتزاع وسيلة فعالة من أجل الحصول على لعبة من طفل آخر. وبعض الأطفال يكونون بطبيعتهم أكثر حيوية وعدوانية من الآخرين.

وعندما يكون الطفل سليماً نفسياً ويعيش في محيط متوازن وودود فإنه من المحتمل جداً أن يتخلى عن أنماط السلوك العدوانية تلك. والأطفال الذين غالباً ما يضربون ويعضون ويضربون ويركلون ويتعاركون ويحطمون الأشياء بما في ذلك ألعابهم ويسبئون معاملة الحيوانات ويهاجمون الآخرين لفظياً ويتصرفون بشكل مستمر بعدوانية، فإن الأطفال الآخرين سوف يتجنبونهم، الأمر الذي سيقوي من سلوكهم العدواني. وما أن يصل هؤلاء الأطفال إلى سن الخامسة حتى يتم لديهم تشخيص سلوك عناد مفرط أو اضطراب السلوك الاجتماعي.

1.4- الأسباب

تسهم عوامل عدة لدى أطفال ما قبل المدرسة في نشوء السلوك العدواني: ردود الأفعال الوالدية على مثل هذا السلوك، تأثير المثل العدوانية وظهور العدوانية في الأسرة. والأطفال الذين ينمون في أسرة عدوانية يمكن أن يكونوا قد امتلكوا استعداداً وراثياً أو ببساطة قد تعلموا هذه الأنماط السلوكية. نقص التوجيهات المحددة والثابتة

يبدأ الأطفال في سنوات ما قبل المدرسة في تبني معايير سلوك من أجل التلائم أو التجاوب مع التوقعات الوالدية. وهذه المعايير السلوكية يتم تعلمها من الراشدين، الذين يضعون الحدود ويعززون السلوك المرغوب ويمنعونهم عن السلوك الهدام بشكل فاعل.

وعندما يصبح الأطفال أكبر وينمو لديهم الضمير يشعرون بالذنب، بمجرد أن يتجاوزوا هذه الحدود. غير أن هذا نادراً ما يحدث قبل سن الحادية عشرة؛ وإلى ذلك الحين فإن تقييمهم للتصرفات يتم وفق العواقب أكثر من تقييمهم لها وفق المقاصد. ولهذا السبب فإنه من غير المجدي أن نتوقع من طفل يبلغ من العمر أربع سنوات أن يصل بنفسه إلى استنتاج أن السلوك العدواني غير مقبول. إنهم دائماً ينطلقون من فرضية أن تصرفاتهم صحيحة طالما لم يوضح لهم المرء العكس.

ومن الممكن جداً أن يكون الأطفال العدوانيون قد تعلموا بأن هذا النوع من السلوك مقبول وفعال. إن الأطفال الصغار يختبرون محيطهم باستمرار وينطبق هذا

بشكل خاص على أولئك الأطفال الذين لم تنمو لديهم الكفاءات اللغوية، فإنهم يتحدثون من خلال سلوكهم لغة أوضح من الكلمات. وعندما يسمح الإنسان لهم أن يفتصبوا ألعاب الأطفال الآخرين بعنف أو يسمح لهم بتفجير غضبهم بضربهم لرفاقهم فسوف يستمرون فيما بعد بهذا السلوك. وحتى الأطفال الهادئين والمتريدين بطبيعتهم سوف يتمثلون هذا الدرس إذا ما لاحظوا بشكل متكرر أن المرء يسمح للأطفال الذين يقومون بهذا السلوك بالاستمرار به.

ومن الضار بشكل خاص الاستجابة بشكل غير ثابت على السلوك العدواني، أي العقاب أحياناً وعدم العقاب في أحيان أخرى. إذ يصعب جداً على الأطفال بأن هذا الفعل قد قبل في سياق ما ولم يقبل في سياق آخر. ويمكن للخيبة الناجمة أن تقود لتكرار السلوك العدواني.

كما وأن ثقافتنا أو مجتمعنا لا يتعامل مع بشكل ثابت جداً مع تقييمات العدوان. فمنذ سن ما قبل المدرسة يكون الأطفال الذكور أكثر عدوانية سواء في تصرفاتهم أم في خيالاتهم من البنات. ويعزى هذا السلوك إلى الفروق البيولوجية التي تؤثر على مستوى النشاط والعدوانية. غير أن التعلم يلعب دوراً ويتجلى في الفروق في التوقعات التي يتوقعها المجتمع من الكيفية التي ينبغي من خلالها للصبي والبنات أن يتصرفوا ونوع أنماط السلوك المسموح بها للصبيان والبنات.

المثل السلبية

تتوفر النماذج العدوانية بالنسبة لأطفال ما قبل المدرسة بشكل كبير جداً في مجتمعنا. إذ يمكن أن توجد خلافات في الأسرة بين الوالدين بل وحتى تصرفات العنف بين الزوجين مع بعضهما أو حتى مع الأطفال. بالإضافة إلى أنماط السلوك العدوانية في التلفزيون التي تمتلك تأثيراً كبيراً على الأطفال. فقد أظهرت الدراسات أن مشاهدة العنف في التلفزيون قد لا تصنع من شخصية طفل وديع شخصية عدوانية إلا أنها يمكن أن تعزز ميل السلوك العدواني عند الطفل الذي يملك استعداداً للعدوانية.

2.4- الإساءة للأطفال

تقود الصدمات النفسية والجسدية الناجمة عن الإساءة الجسدية للطفل إلى اضطرابا النمو الطبيعي للطفل. وعادة ما يبدي الأطفال المساء معاملتهم طيفاً واسعاً من أنماط السلوك، منها نقص التحكم بالاندفاع والغضب والعدوانية. وبعض الأطفال المساء معاملتهم تسيطر عليهم خيالات عدوانية وتخيلات عنف. فقد أظهرت دراسة مجرة على أطفال الروضة أن الأطفال المساء معاملتهم يعتدون على الأطفال الآخرين ضعف الأطفال الذين لم يتعرضوا للإساءة. كما وأبدوا عدوانية لفظية وجسمية تجاه المشرفين وعاملوهم بشك.

الإرهاقات المنزلية

يميل الطفل الذي تسود في منزله مشكلات جدية كالطلاق المر الحاصل والصعوبات المالية والنزاعات المتكررة وسوء استهلاك العقاقير والكحول إلى السلوك العدواني أكثر من الطفل الذي ينمو في أسرة غير مرهقة.

وعلى الرغم من أنه ليس بالضرورة للطلاق أن يقود إلى مثل هذه المشكلات، إلا أنه يمكن للعلاقات العدوانية بين الوالدين التي عادة ما تسبق الطلاق أن تؤثر بشدة على الأولاد. فالضياع والاكتئاب والتشتت والغضب تعتبر من صفات الأسر المطلقة. ولدى بعض الأطفال تظهر سلوكيات عدوانية شديدة. فإذا ما كان الطفل يمتلك ميلاً للسلوك العدواني فإن الطلاق سيقوي هذا الميل.

3.4- إعاقة تصريف العدوانية

غالباً ما يظهر السلوك العدواني من خلال القيم والاتجاهات التي يدركها الطفل من حوله. ومن هنا يوجد طريق من أجل وقف هذا السلوك أو من أجل منعه وذلك من خلال التقليل من مواجهة الطفل في المنزل والتلفزيون للعدوانية وللأعمال العدوانية. كما وينبغي وضع معايير ثابتة وواضحة، حول أنماط السلوك وأشكال تفتح الذات والتعبير عنها المقبولة وغير المقبولة. فالطفل الذي يشجع على التعبير عن غضبه بطريقة غير عدوانية وذلك مثلاً من خلال الحديث حول غضبه منذ وقت

مبكر سوف لن تكون لديه حاجة كبيرة لاستعراض غضبه. وبالمقابل فإذا ما شجع المرء الطفل على "إزاحة" غضبه، وذلك بأن يضرب دمية فإنه يمكن بهذا أن ينمي العدوانية لأن الطفل يتعلم هنا أن بعض أنماط السلوك العدواني مقبولة.

ينبغي عدم ضرب الأطفال بسبب سلوكهم العدواني؛ فهذا يقوي لديهم التصور بأن سلوك الضرب مقبول. وبدلاً من الضرب ينبغي سحب المكاسب منهم كالألعاب المحبوبة أو الأمور الممتعة. ومن المهم هنا أن تعقب العقوبة السلبية السلوك العدواني مباشرة، كي لا يربط الطفل لاحقاً العقوبة مع سلوكه الإيجابي المرغوب. ولا ينصح بأن يتم ضم الطفل بعد العقوبة مباشرة بين الذراعين وإجراء محادثة عقلانية معه حول ما قام به إذ أنه سيشعر من خلال هذا الدفء بأنه قد كوفئ على سلوكه أكثر مما عوقب. ويتضمن المربع التالي بعض الإرشادات.

4.4- العلاج

يندر أن يحتاج العدواني لدى أطفال ما قبل المدرسة إلى العلاج النفسي. فالعدوانية لدى الأطفال الصغار جداً طبيعية - إذ عليهم أولاً أن يتعلموا التعامل مع المواقف الحياتية بطريقة مقبولة - ، وتخففي غالبية السلوكيات العدوانية عندما يكبر الطفل وينمو.

ولكن في حالة أن الطفل قد استمر بإظهار السلوك العدواني في السن الذي تغلب عليه أترابه (عادة ما يكون ذلك في سن 3 سنوات تقريباً) يمكن عندئذ الاستعانة بالمساعدة المتخصصة. ولا بد في البداية أن يتم تقييم بعض أنماط السلوك من قبل متخصص نفسي بالأطفال أو من قبل المعالج النفسي، بغض النظر عن سن الطفل. وضمن ذلك يمكن تعداد العدوانية المتطرفة (يؤدي الطفل بشكل متكرر الأطفال الآخرين، سواء كان الأمر مقصوداً أم بسبب فقدان السيطرة على انفعالاته)، يشعل النيران أو يعذب الحيوانات أو يؤدي نفسه (على نحو أن يضرب رأسه بالحائط أو يعض ويخدش نفسه بشكل جدي).

وفي بعض أسباب العدوانية كفشل التربية الوالدية وبشكل خاص إساءة معاملة الأطفال أو الغبن الجنسي أو الطلاق المشحون بالصراع لابد من أن يتم علاج الوالدين والطفل.

5- فرط النشاط

يكون بعض الأطفال في سن ما قبل سهلوا الاستثارة ولا يستطيعون الاستمرار لوقت طويل في ممارسة نشاط معين. ولكنهم في الوقت نفسه يستطيعون البقاء هادئين لفترة كافية من أجل تركيز انتباههم على موضوع أو لعبة ما. وبعضهم لا يمتلك مساحة تركيز كافية وتكون له حاجة ملحة للحركة إلى درجة تصبح فيها قدرته على التعلم والتواصل مع الآخرين مقيدة. ويتجلى فرط النشاط لدى الأطفال الصغار جداً (سن ما قبل المدرسة) من خلال عدم قدرتهم على الاستمرار لفترة طويلة منشغلين بنشاط ما كاللعب مقارنة بأترابهم من السن نفسه.

والأطفال مفرطو النشاط ليسوا مجرد أطفال أكثر نشاطاً من غيرهم فحسب (من الناحية الكمية)، وإنما يمارسون نشاطاً يجعلهم في حركة مستمرة يختلف نوعياً عن سلوك الأطفال الآخرين. إذ يفتقد السلوك مفرط النشاط للهدف على الأغلب، وغير منظم ومتقلب.

مثال ذلك: قد يهمل للطفل المتوتر أو الذي يكون على عجلة من أمره ترتيب ملابسه أو وضعها في مكانها المناسب، ولكن الطفل مفرط النشاط بالمقابل قد يجري لخزانة ملابسه بعد الاستيقاظ من النوم ويرمي بكل ملابسه خارج الخزانة. والطفل العادي يمشي إذا أراد الخروج من المنزل مثلاً، أما الطفل مفرط النشاط فهو يجري باندفاع سريع دون أن ينظر للمخاطر من حوله. والأطفال الذين لا يستطيع المرء تركهم لوحدهم بسبب سلوكهم الفوضوي قد لا يكونون قادرين على السيطرة على اندفاعاتهم.

الأطفال مفرطو النشاط البالغين من العمر سنتين قلما يتفحصون موضوعاً ما لأكثر من ثوان معدودة ويبدون مدفوعين للانتقال من موضوع لآخر. وفي سن

السنوات الأربع لا يصغي هؤلاء الأطفال ويكونوا حيويين جداً ومتهورين ولا يستطيعون اللعب مع الآخرين وينبغي مراقبتهم باستمرار. وفي هذا السن يشعر هؤلاء الأطفال بالرفض من المحيط بسبب سلوكهم الطائش والهدام ظاهرياً.

يمكن أن يتم تشخيص مشكلات فرط النشاط ونقص الانتباه لدى الأطفال في عمر السنوات الثلاث. ولكن في العادة لا يتم الانتباه إليهم من قبل المتخصصين إلا عندما يلتحق هؤلاء بالمدرسة، حيث يتطلب التعليم المدرسي الهدوء والانتباه، الأمر الذي لا يستطيعه هؤلاء الأطفال، الأمر الذي يقود إلى عواقب وخيمة.

وبما أن غالبية التأثيرات السلبية لمشكلة فرط النشاط تتجلى في سن المدرسة الابتدائية فسيتم مناقشة هذا الموضوع في الفصل المتعلق بالمشكلات السلوكية والاضطرابات الانفعالية في سن المدرسة الابتدائية.

6- اضطرابات الأكل

يبلغ أغلب الأهل بقلقهم حول سلوك الطعام لدى طفلهم. كثير منهم يعتقد أن طفله لا يتناول طعامه بشكل صحيح وبصورة كافية. وتشكو الأمهات أن أطفالهن يبعثون الطعام أكثر مما يتناولون. ويغلب للأطفال الصغار جداً أن يفضلون نوعاً واحداً من الأطعمة ولا يجدون طعاماً شهيماً في الأطعمة الجديدة. غير أن غالبية هذه المشكلات لا يجوز لها أن تثير القلق أبداً، حيث أن غالبيتها يختفي بمرور الزمن. ولعل المعيار الأمثل لتقويم فيما إذا كان الطفل يتغذى أم لا هو ملاحظة نمو الطفل ووزنه. ومن المهم تقديم طعاماً صحياً للأطفال الصغار في السن ولكن علينا إجبارهم على تناوله.

وفيما يلي بعض الخطوات المفيدة:

- 1- القاعدة الأولى والأهم هي عدم إجبار الطفل على تناول الطعام. سوف يأكل الطفل طعامه عندما يجوع.
- 2- لا تقم بإغراء طفلك للطعام، كإعطائه لعبة أو حلوى إذا تناول طعامه، ولا تهدده أو تقنعه لتناول الطعام.

- 3- اجعل طفلك يفهم أن الطعام عبارة عن سلوك طبيعي. لا تمدحه لمجرد أنه تناول طعامه ولا تبدي أي توتر أو قلق إذا ما لم يأكل.
- 4- إذا كان الطفل لا يأكل بشكل عادي فلا تطعمه بين الوجبات أي شيء. على الطفل أن يلاحظ أنه عليه الانتظار حتى موعد الوجبة القادمة دون طعام كي يحصل على طعام ثانية.
- 5- قم بطهو أطعمة تبدو شهية وملفتة للنظر. يشعر كثير من الأطفال بالانجذاب للأطعمة الملونة.
- 6- لا تلح على طفلك أن يتناول طعامه بأسرع مما يريد، ولكن ضع له حدوداً. حدد له وقتاً معيناً للانتهاء من طعامه، ووضح له أنه سيتم إزالة الصحن من أمامه إذ شبع جميع أفراد الأسرة.

1.6- فرط التغذية والسمنة

يأكل بعض الأطفال الصغار الكثير جداً من الطعام. ومع ذلك فإنه من النادر جداً أن يتم وصف حمية للأطفال الصغار في سن ما قبل المدرسة.

يمكن لمشكلات الطعام أن تنشأ في الأسرة عندما يجعل الوالدين من مسألة فرط الطعام قضية كبرى. على الوالدين أن يقدموا للأطفال زائدي الوزن طعاماً فقيراً بالحريرات بدلاً من اتهامهم بزيادة الوزن.

وتلاحظ السمنة في أسر معينة، وعلى الرغم من أن أسباب ذلك قد ترجع لعوامل وراثية أو وبيولوجية، إلا أن للاتجاهات الانفعالية والعادات المتعلمة دوراً كذلك.

وعلى الوالدين الذين يرغبان تجنب مشكلات تقدير الذات وصورة الجسد عند أطفالهم عليهم اتخاذ موقف مسترخ من الطعام، والتقليل من حدة الصراعات ومشاعر الخجل المرتبطة بتناول الطعام. ومن المهم أن تعيش الأسرة التناول المشترك للطعام على أنه متعة مشتركة للجميع وأن يبدي أفراد الأسرة الاهتمام ببعضهم البعض.

2.6- البيكا (أكل أشياء لا تؤكل)

يميل الأطفال الصغار جداً في السن إلى وضع كل شيء في فمهم، دون أن يبتلعوه بالضرورة. غير أن بعض الأطفال وبشكل خاص أولئك الذين يعانون من اضطرابات نفسية، يأكلون باستمرار أشياء لا تؤكل (التركيز هنا على الاستمرار في السلوك). ويتناول مثل هؤلاء الأطفال الذين يتناولون أشياء لا تؤكل مواداً مثل الألوان أو الطباشير أو الأزرار أو الخيوط أو الشعر. وبعضهم يتناول مخلفات الحيوانات والرمل والحشرات وورق الشجر أو الحصى. ولكنهم في الوقت نفسه لا ينفرون من الطعام العادي.

تظهر البيكا عادة في سن بين السنة والسنتين. وبعض الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب يمتلكون تضرراً معرفياً أو حسياً كالإعاقة العقلية أو اضطرابات الرؤية؛ في حين أن بعضهم الآخر ربما يكون قد تم إهماله لفترة طويلة. ويمكن لتناول بعض المواد أو يكون خطراً على الحياة كتناول الألوان. ويتضمن العلاج التدريب النفسي للطفل وتقوية التفاعل الوالدي والمراقبة المستمرة للطفل.

7- اضطرابات النوم

ينام الرضيع بين 45 دقيقة وساعتين في كل مرحلة من مراحل النوم ويبلغ إجمالي نومه اليومي حوالي 8 ساعة تقريباً. ومع الزمن تزداد مدة أطوار النوم منفردة وفي السن بين الأشهر الثلاثة والسبعة يستطيعون النوم طوال الليل دون أن يصحوا. غير أنه يصعب على بعضهم الوصول إلى إيقاع نوم ليلي منتظم. وعلى الرغم من أن هذا الأمر يكون مزعجاً للوالدين، إلا أنه ليس "شاذاً".

فالليالي يمكن أن تكون مرهقة للأطفال الصغار وهذا ما يفسر كذلك عدم رغبة الأولاد بالذهاب للسرير والنوم وتأجيل موعد ذهابهم. في بعض الأحيان يمكن أن يكون لتغيير عادات النوم والنوم في غرفة أخرى أو وجود ضيوف في المنزل أو الالتحاق بالروضة أو المرض أن يسبب مشكلات في النوم أو يعزز من رفض الأطفال الصغار للنوم. وعندما تستمر حالات الاستيقاظ لأكثر من ليلتين، فقد تكون هناك أسباباً أعمق كالقلق المعند من البقاء في الظلام.

1.7- تقلب النوم والكلام أثناء النوم

لأسباب لم تزل مجهولة حتى الآن يتكلم ويمشي الأطفال أثناء النوم بصورة أكثر من الكبار. فبعض الأطفال متقلبو النوم يجلسون فجأة من نومهم ويمشون في الغرفة ويبدو عليهم المعاناة أثناء ذلك، وفي اليوم التالي لا يتذكرون شيئاً. وبعضهم يتكلم أثناء النوم ولا يتذكرون كذلك شيئاً في اليوم التالي.

وتختفي هذه المشكلة مع الزمن. وفي حال أن الطفل يسير أثناء نومه ينصح باتخاذ إجراءات احتياطية كي لا يلحق الطفل الأذى بنفسه كالنوم على فراش أرضي.

2.7- الكوابيس واضطراب قلق الليل

يغلب للأطفال الصغار أن يعانون من الأحلام المرعبة جداً (الكوابيس) ليستيقظوا بعد ذلك مرعوبين وخائفين ويستطيعون على الأغلب وصف ما حلموا به بدقة. والأطفال الذين يمرون خلال الأسبوع الواحد بثلاثة كوابيس أو أكثر يمكن أن يعانون مما يسمى اضطرابات النوم المترافقة بأحلام الخوف (الكوابيس). ويعاني أقل من 5% من السكان من هذا الاضطراب، الذي يبدأ عادة قبل سن العاشرة من العمر.

كما يمكن للأطفال أن يعانون من اضطراب قلق الليل، الذي يقود إلى أن يصحو الأطفال مذعورين في النصف الأول من الليل ويصرخون. في البداية يكونون مشتتين لا يمكن التكلم معهم ومرتبكين ولا يستطيعون تذكر كوابيسهم. وتكثر ملاحظة هذا الاضطراب في أوقات الإرهاقات الانفعالية. كما يمكن للتغيرات الجسدية وفي محيط النوم أن تقود إلى هذا الاضطراب أيضاً.

يمكن للطقوس والعادات المبنية في الذهاب للنوم ونوم الظهيرة أن تساعد الأطفال الذين يعانون من قلق الليل والكوابيس. ويمكن أحياناً أن تكون المساعدة المتخصصة ضرورية إذا كان الطفل يخشى من الذهاب للنوم أو عندما تتضرر نشاطاته النهارية بسبب اضطرابات النوم.

8- التربية على النظافة

يمكن للتربية على النظافة أن تبدأ بمجرد أن يصبح الطفل قادراً على أن يظل جافاً لفترة طويلة وبمجرد أن يصبح قادراً على إدراك العلاقة بين الأحاسيس الجسدية التي تستثير ضرورة "الذهاب إلى التواليت" وبين نتيجة هذه الأحاسيس.

لكل لطفل سرعته الخاصة في التعلم. وعلى الرغم من أن التأخر في النظافة قد يكون على علاقة باضطراب في النمو إلا أن غالبية الصعوبات التي تظهر ليست دلالات على أن الطفل يعاني من "مشكلة". وكلما استمرت الصعوبات لفترة زمنية أطول وشهد الأطفال الصغار الاستنكار والضغط الاجتماعي من جانب الأسرة ازداد احتمال ظهور مشكلات أخرى لديهم كردة فعل على هذه الضغوط.

1.8- تبليل الفراش

تبدأ غالبية الأطفال بشكل عام في السنة الثانية من العمر، البنات على الأغلب، أثناء نومهم النهاري وأثناء الليل بين الحين والآخر بالبقاء جافين. وبين سن الثانية من العمر والثالثة يكون حوالي 45% من البنات و 35% من الذكور قد أصبحوا جافين. وفي أثناء السنة الثالثة تزداد نسبة الليالي الجافة ويستيقظ الطفل عندما تكون المثانة ممتلئة. وفي السنة الخامسة من العمر تكون غالبية الأطفال قد أصبحت خلال النهار والليل جافة تقريباً، وقد تظهر بشكل متباعد أو نادر حالات من تبليل الفراش. وهناك نسبة لا بأس بها تبلغ حوالي 25% من الأطفال يعودون لتبيل الفراش بعد أن استمروا جافين لفترة تبلغ ستة أشهر على الأقل، وإن كان ذلك يحدث بداية بشكل متباعد كردة فعل على الإرهاق.

الأطفال الذين يستمرون بعد سن الخامسة في تبليل الفراش يكون تطور الضبط الليلي للمثانة لديهم بطيئاً ولكنهم يحققون هذا الضبط لاحقاً. ويغلب أن يتكرر ظهور تبليل الفراش في الأسرة من هذا النوع. وسوف نتعرض بتفصيل لذلك ولكيفية المساعدة في فصل المشكلات السلوكية والاضطرابات الانفعالية في سن طفل المدرسة.

الأطفال الذين يثابون باستمرار على بقائهم جافين في الليل يحققون تقدماً. ومن المهم ترك الطفل لينمو وفق إيقاعه الذاتي. والخجل من هذا الأمر وجعل الطفل يشعر بالخجل يعد أمراً هداماً وغير مفيد.

2.8- ضبط الأمعاء

يحدث ضبط الأمعاء عموماً بصورة أبكر من ضبط المثانة. ويرتبط هذا الأمر بوظيفة الإخراج التي تكون في العادة أقل من ضغط التبول. ومن ثم فالطفل يمتلك وقتاً للإخراج. ويختلف السن الذي يستطيع فيه الطفل التحكم بالإخراج.

وعندما يستمر الطفل في سن الثلاث إلى أربع سنوات في عدم قدرته على ضبط الإخراج يستجيب الأهل على الأغلب بعصبية ويتخذون إجراءات قسرية. غير أن الإجبار والعقاب قد يقود إلى أن يمتنع الطفل عن إفراغ أمعائه، مما قد يقود إلى الإمساك وتوسع المستقيم. وكلما امتنع الطفل عن إفراغ أمعائه كلما قل إحساس الطفل بالضغط الطبيعي الذي يسبق عادة تفريغ الأمعاء. وفي الحالات المتطرفة قد يقود ذلك إلى أن يصبح الغائط جافاً ومؤلماً. ويمكن لهذه الأساليب من الوالدين مع بالاشتراك مع سلوك المعارضة للطفل أن يقود إلى مشكلات وخيمة سواء بالنسبة للطفل أم للوالدين.

وتوجد إجراءات طبية تستخدم مع الأطفال الذين يمتنعون عن الذهاب للتواليت، كاستخدام المليينات والمسهلات. ومن الأفضل استخدام أغذية مليئة. ويمكن مساعدة الوالدين من قبل متخصص نفسي على عدم تركيز الانتباه على إخفاق الطفل أو على سلوك المعارضة لديه وتصميم برنامج مكافآت منتظم لذهابه للتواليت. ولكن علينا عدم توقع التقدم السريع وإنما بالتدريج. فعندما نقوم بالضغط على الطفل فإننا نستثير بهذا السلوك عناده ومعارضته.

أما الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في النمو والذين لا يستطيعون السيطرة على الأمعاء، أو الذين يعودون لتوسيع ثيابهم بعد أن يكونوا قد نجحوا في ذلك، يعانون على الأغلب من اضطرابات نفسية عميقة أو يستجيبون للتوترات الأسرية. وفي هذه الحال يرتبط التغوط بالخوف (سواء من ناحية الطفل أم من ناحية الوالدين) ومع

الانسحاب الاجتماعي. وهنا يستطيع العلاج النفسي أن يكون مفيداً من أجل التغلب على هذه المشكلة سواء بالنسبة للطفل أم للوالدين.

9- السلوك الجنسي واضطرابات الهوية الجنسية

نميل نحن الكبار إلى النظر لطفولتنا على أنها زمن "البراءة" اللاجنسية. إلا أن العلماء يشيرون إلى أن الواقع يؤكد أن ردود الفعل الجنسية تنمو في وقت مبكر من الحياة. وقد وجد العلماء أنه حتى الجنين الذكري يكون قادراً على ردة فعل القضيب. كما وأن الانتصاب يلاحظ حتى في سن الرضاعة.

وفي سن الثلاث سنوات تقريباً يبدأ الأطفال بطرح أسئلة حول الأمور الجنسية. وفي سن الخمس سنوات تستطيع الأغلبية من الأطفال التمييز بين الأعضاء الجنسية الذكري والأنثوي ويعرفون أن الطفل يأتي من بطن الأم. بالمقابل يتم في السنوات التالية وببطء شديد الوصول إلى تفهم دقيق لطريقة عمل الأعضاء الجنسية والتكاثر.

وينصح الوالدين بالإجابة عن أسئلة الأطفال الجنسية بصدق وموضوعية وأن يجيبوا عن الأسئلة حسب سن الطفل ومدى استيعابه. فإذا ترك المرء أسئلة مفتوحة دون إجابة فسوف يقوم الطفل بالحصول على المعلومات من مكان آخر، وربما بطريقة خاطئة.

1.9- اللعب الجنسي والسلوك

يكون الأطفال عادة فضوليين فيما يتعلق بأجسادهم وأحاسيسهم الجنسية ويلعبون بأعضائهم الجنسية. ويعد هذا السلوك مقبولاً أو عادياً. وعندما يكبر الطفل يمكن للوالدين أن يقودوا الطفل للتحفظ فيما يتعلق بالأمور الجنسية. فإذا استجاب المرء بصدمة وذعر عندما يلاحظ أن الطفل يلعب بأعضائه الجنسية فإنه يكون بسلوكه هذا قد أوصلهم لاستنتاج فرضية مفادها: إن أجزاء محددة من جسدكم "شريرة" أو "قذرة" أو "سيئة".

وتمتد الرغبة في المعرفة الجنسية على أجساد الوالدين والأفراد الآخرين من الأسرة والأطفال عموماً. ويحدث أن يلعب الأطفال ألعاب استقصاء أو استكشاف، يقوم فيها الأطفال بخلع ملابسهم ولعب لعبة "دكتور ودكتور، أو لعبة "الأم والأب". وليس هناك من داع للقلق فيما يتعلق بمثل هذه الألعاب. وعلى الوالدين أن يقلقوا فقط في حالة ملاحظتهم أن طفلهم يحاول إجبار الآخرين على لعب مثل هذه الألعاب أو عندما يكون هناك فارق كبير بالسن بين الأطفال الذين يلعبون. وينبغي طلب المساعدة المتخصصة عندما تتم ممارسة مثل هذه الألعاب باستمرار الأمر الذي يمكن أن يشير إلى وجود مشكلة أخرى عند الطفل بما فيها الاستغلال الجنسي (الغبين الجنسي).

2.9- السلوك الجنسي المعاكس

منذ السنوات الأولى للحياة يبدأ الطفل بتعلم أنه صبي أو بنت. وشيئاً فشيئاً تنمو لديه هوية ذكورية أو أنثوية. وفي سن الثلاث سنوات يستطيع الطفل الإجابة بشكل صحيح عن السؤال فيما إذا كان ذكراً أم أنثى. وفي السنوات اللاحقة يحدث تمايز للفروق الجنسية.

ومع ذلك يقوم غالبية الأطفال في سن ما قبل المدرسة الابتدائية أشياء من المعروف عنها في إطار ثقافتنا الاجتماعية على أنها أمور من عمل أو اختصاص الجنس الآخر. إذ نلاحظ أن كثير من الأطفال الذكور يميلون للعب بالدمى وأن كثير من البنات يفضلن اللعب بالأمور التقنية. وكلا الجنسين يزينون أنفسهم بقبعات الجنس الآخر ويرتدون أحذيتهم أو ثيابه. حتى أن بعضهم يعبر أنه يتمنى لو كان من الجنس الآخر.

وجميع هذه الأمور عادية جداً ولا تستحق الاهتمام والقلق، اللهم إلا إذا تحولت هذه الحالة إلى حالة دائمة ومستمرة. فالسلوك الجنسي المغاير الذي يظهر بين الحين والآخر يزول عادة مع الزمن.

إلا أنه قد يتطور لدى بعض الأطفال اضطراب في الهوية الجنسية. أي أنهم يفضلون الانتماء إلى الجنس الآخر. ويعاني من هذا الاضطراب الذكور أكثر من

الإناث. ويهتم الذكور الذين يعانون من اضطراب الهوية الجنسية بممارسة النشاطات التقليدية للبنات كاللعب بالدمى والحلاقة. ويفضلون ارتداء الملابس الأنثوية ويقلدون عارضات الأزياء. ويتجنبون اللعب مع الذكور ويصرّون على أنهم يرغبون أن يكونوا بنات.

يندرج جداً أن ترفض البنات أنوثتها وأن تصر على كونها ذكراً وأن تتصرف كالذكور ما أمكن.

يمكن للسلوك الجنسي المغاير المعند أن يظهر في سن السنتين، ويغلب أن تبدأ علامات اضطراب الهوية الجنسية الظهور في سن الخمس سنوات. ويتعرض الأطفال في الذين يوجد لديهم هذا الاضطراب إلى خطر العزلة من الأطفال الآخرين والسخرية والاحتقار.

يحتاج هذا الاضطراب إلى مساعدة نفسية وطبية متخصصة. وقد عرضنا لذلك في مكان آخر.

صفحة زوجية فارغة

يوضع بدلا عنها صفحة بيضاء عند الطباعة النهائية.

الفصل التاسع

اضطرابات النمو في سن ما قبل المدرسة

مدخل

كلما كان الطفل أصغر عمراً كان من الصعب على الوالدين اكتشاف فيما إذا كان نمو طفلهم عادياً أم مضطرباً وفيما إذا كان السلوك الظاهر منه ينم عن مشكلة ما أم أنه سلوكاً طبيعياً.

في السنوات الخمس الأولى من العمر يكتسب الأطفال المهارات العقلية والنفسية والجسدية الأساسية ويدركون العالم من حولهم الذي عليهم الاستجابة له والتعامل معه. ومن أجل تحديد فيما إذا كان الطفل سوياً في نموه أم لا عليه بداية أن يعرف ما هي السمات النموذجية المميزة لكل مرحلة من مراحل النمو وسياق نمو الطفل الفرد بحد ذاته أيضاً. لا يوجد أي طفل ينمو وفق مقاييس دقيقة جداً محددة مسبقاً من النمو، فكل فرد ينمو ويتبدل وفق معايير الخاصة وبطريقته الفردية.

يمكن للاكتشاف المبكر للمشكلات والاضطرابات المرتبطة بالنمو والمشكلات والاضطرابات السلوكية والنفسية أن يساعد الأطفال على مواصلة نموهم بطريقة سوية وعلى تجنب الصعوبات المستقبلية. فالاكتشاف المبكر يساعد على جعل عواقب التضررات العقلية والانغلاق (الأوتزمية) في حدها الأدنى ويمكن فتح آفاق نمو أفضل للأطفال تتجاوز التوقعات الأولية.

نهدف من وراء هذا الفصل إلى التعرف على علامات معينة من المشكلات التي يمكن أن تشير إلى وجود اضطرابات أو مشكلات والتعرض لإمكانات المعالجة وتوضيح كيفية تحقيق وإشباع حاجات هؤلاء الأطفال بطريقة مناسبة.

تصنف "الإعاقة العقلية" والانغلاق "الأوتزمية" تحت تسمية اضطرابات النمو عميقة الأثر. وعلى الرغم من أنها تمثل مشكلات تستمر طوال الحياة، إلا أننا سنتعرض له هنا استناداً إلى سن الطفل وتأثيرات الإعاقة والانغلاق على الأسرة. وسنتعرض في المقطع التالي للمشكلات السلوكية والاضطرابات الانفعالية في سن الطفولة، التي يراجع من أجلها الوالدين الأطباء والمتخصصين النفسيين. ومن المؤكد أننا في إطار هذا الفصل لن نتعرض بتفصيل شديد لكل أشكال الاضطرابات والمشكلات السلوكية والنفسية في سن الطفولة. فذلك قد يكون خارجاً عن نطاق هذا الكتاب.

أولاً: اضطرابات النمو

1- النمو حتى السنة الرابعة

يقدم الجدول التالي المراحل المتعاقبة التي يتوقع أن يمر بها الأطفال حتى نهاية السنة الرابعة من العمر. ولا بد أن نأخذ بعين الاعتبار أن بعض الأطفال قد يكتسبون مهارة معينة قبل السن المحدد لهم وبعضهم الآخر قد يتأخر عن اكتساب مهارة معينة في سن معينة ليحققها بعد متوسط هذه المرحلة. أما في حال وجود إعاقة عقلية أو انغلاق (أوتزمية) فإننا نلاحظ أن الأطفال لا يحققون إلا خطوات نمو بطيئة بل قد لا يكتسبون مهارات المساعدة الذاتية من أجل تحقيق متطلبات حياة مستقلة.

مظاهر النمو الطفلي حتى نهاية السنة الثالثة من الحياة

على الرغم من أن كل طفل ينمو وفق إيقاعه الخاص إلا أنه يمكن تحديد المعالم العامة للنمو. ولا بد هنا من الأخذ بعين الاعتبار أن المعايير هنا هي معايير متوسطة يستعان بها من أجل معرفة فيما إذا كان طفل ما يعاني من صعوبات إذا لم يكتسب مهارة معينة في السن المناسبة.

سن الأربعة أشهر:

- = يبدي اهتماماً بالمحيط واهتماماً خاصاً بالأشخاص المرجعيين (الأم، الأب).
- = يستجيب للنظرات والأصوات وللتفاعل مع الآخرين.
- = يضحك عندما يناغيه المرء أو كاستجابة لتعابير الوجه: يقوم بمحاولات تعبيرية لفظية من خلال المناغاة عندما يتحدث إليه أحدهم.
- = يشعر بالارتياح للملامسة وللحنان الجسدي.
- = يتعقب حركة المواضيع أو الأشخاص ويدير رأسه باتجاه صوت محبوب.
- = يستطيع الإمساك بمواضيع صغيرة.
- = يستطيع رفع رأسه ويحافظ عليه منتصباً إذا ما أجلس على مقعده.
- = ينام ليلاً أربع ساعات أو أكثر.

في سن ثمانية أشهر:

- = يبدأ بتعلم كيف تعمل الأشياء ويستجيب للمطالب.
- = يتفاعل مع الشخص المرجعي من خلال ضحكه له أو استجابته له. يرفع يديه مثلاً عندما تناديه الأم من أجل حمله.
- = يستجيب للألعاب الاجتماعية البسيطة.
- = يمد يده للألعاب والمواضيع الأخرى.
- = يبدي اهتماماً وحذراً تجاه الأشخاص الجدد.
- = يركز لفترة طويلة على الألعاب والأشخاص.
- = يبدأ بفحص محيطه باهتمام.
- = يستطيع حمل أشياء صغيرة.
- = يستطيع الشرب من كأس أو فنجان يمسكه له شخص راشد.
- = ينتج مقاطع ويبدأ بتكرارها.
- = يستطيع الجلوس دون مساعدة ويلعب في هذه الوضعية.
- = يستطيع الزحف أو الحبو.
- = يستطيع الوقوف بمساعدة قضبان السرير.

في عمر السنة:

- = يبدأ بإظهار تفاعلات مركبة - يعطي والديه لعبة، كي يجعلها تعمل مثلاً، يدحرج كرة، يستخدم تعابير وإيماءات من أجل إفهام مقاصده أو للحصول على أشياء معينة.
- = يستخدم سلوك من أجل البقاء قريباً: يتمسك بقدم والدته مثلاً.
- = يستجيب لصوت الوالدين.
- = يصبح اللعب أكثر تركيزاً ويستمر لفترة أطول.
- = يستطيع تقليد إيماءات بسيطة - كالإيماء بالوداع، يهز برأسه علامة موافقة أو للرفض.
- = يستخدم يديه أو عينيه من أجل فحص موضع جديد أو لعبة ما. يستطيع رمي الكرة.
- = يتأمل في الصور في كتاب ما بمساعدة أمه أو أي شخص آخر.
- = يستطيع وضع لقيمات صغير من الطعام في فمه.
- = يستطيع المشي ممسكاً بالأثاث.
- = يستخدم أصوات محددة لتسمية مواضيع معينة.

سن السنة والنصف:

- = يبدي تخطيطاً وبحثاً واعين في التفاعلات واللعب.
- = يعبر عن حاجاته ومشاعره بمساعدة الإيماءات والكلمات.
- = يستخدم جملاً بسيطة مؤلفة من كلمتين ويفهم الأسئلة البسيطة.
- = يقيم توازناً بين الاستقلالية والرغبة بالقرب (يستكشف مثلاً الجهة المقابلة للغرفة ويعود ثانية من أجل أن يحصل على الحب أو على قبلة).
- = يبدي بسلوكه قدرة على التوكيد. يستطيع التعبير عن الغضب من خلال إيماءاته وصوته، دون أن يضطر للبكاء أو الضرب أو العض.
- = يستخدم أثناء اللعب تصورات ولعب أدوار (الطهي بالأواني، قيادة سيارة أطفال)، يلعب مستقلاً.

- = يتعرف على صور مواضيع مألوفة له. يستطيع تقليد رسم دائرة.
- = يستطيع الوقوف لفترة قصيرة على قدم واحدة، ويقفز بقدميه على الأرض، ويستطيع المشي.

سن الثلاث سنوات وحتى سن الثلاث سنوات ونصف.

- = يصبح اللعب الخيالي أكثر تعقيداً.
- = يعرف ما هو حقيقي وما هو ليس كذلك.
- = يتعرف على العلاقة بين السلوك والأفكار والمشاعر وعواقبها.
- = يتفاعل بطريقة مقبولة اجتماعياً مع الكبار ورفاق اللعب.
- = يستطيع رسم صور مركبة، كرسمة سيدة مع ملامح الوجه.
- = يستطيع صعود الدرج.
- = يستطيع ركل كرة كبيرة أو التقاطها بيديه.
- = تصبح الجمل معقدة وتحتوي كلمات ربط منطقية.

2- الإعاقة العقلية

تقدر نسبة الأطفال الذين لا ينمون مهارات معرفية (التفكير والتعلم وحل المشكلات) وفق مستوى السن الموجودين فيه 3%. وعادة ما يتم إطلاق تسمية هؤلاء الأطفال "الأطفال متأخروا النمو" أو "المعوقين عقلياً". وتطلق هذه التسميات عموماً على الأطفال الذين يكون حاصل الذكاء لديهم استناداً إلى الاختبارات العقلية المعيرة في حدود 70 درجة أو أقل. ويتم في العادة تقدير نسبة الذكاء من مائة وهي النسبة المتوسطة من الذكاء ويتراوح حاصل الذكاء العادي بين 80-130 درجة.

ويمكن تعريف الإعاقة العقلية بشكل عام بأنها مستوى النمو العقلي دون المتوسط، والتي تترافق بقصور في سلوك التكيف. بكلمات أخرى تتصف الإعاقة العقلية بحالة من عدم قدرة الطفل على أن يصبح مستقلاً وعدم قدرته على اكتساب المهارات المتوقعة من الأطفال الآخرين من نفس مستواه العمري تقريباً.

ويسير نمو الطفل الذي يعاني من الإعاقة العقلية بشكل عام في كثير من المجالات بصورة أبطأ، ويمس هذا بشكل خاص قدرة الطفل على ردة الفعل والاهتمام بالمحيط. وتعد مهارات كالابتسام وردود الفعل على المثيرات البصرية والسمعية ومد الذراعين من أجل الضم والمواساة أو من أجل الإمساك بمواضيع أخرى من المهارات التي تنمو بصورة متأخرة.

كما يعاني كثير من الأطفال المعوقين عقلياً تحت عدد كبير من المشكلات الصحية الجسدية كأمراض القلب الولادية ونوبات الصرع وصعوبات السمع. ومتوسط حياتهم قلما يتجاوز الثلاثين، ويغلب أن يكون ذلك بسبب عدم تقديم الرعاية الطبية لهم. كما وتكثر ملاحظة مشكلات الصحة النفسية.

1.2- كيف تنشأ الإعاقة العقلية

الإعاقة العقلية ليست مرضاً نوعياً، إما أن يعاني منه الطفل أو لا يعاني منه. إنها حالة متعددة الطبقات، تبدي مدى واسعاً من التأرجحات في السلوك والمهارات. ومن أجل تحديد درجة الإعاقة العقلية لطفل ما يتم استخدام منظومات عدة من التصنيف. وتعد مثل هذه الأنواع من التصنيفات أدوات مفيدة يمكنها المساعدة على تحديد نوع المدرسة التي يمكن إلحاق الطفل بها ومدى كثافة إجراءات التنمية التي يمكن أن تفيد الطفل. غير أنه ينبغي على الوالدين والأطباء والمعلمين أنه لا يمكن لأي منظومة من منظومات التصنيف تستطيع التنبؤ بدقة كبيرة بإمكانات النمو كاملة لدى طفل معاق عقلياً.

وبشكل عام يتم على الأغلب استخدام فئات أربع من الإعاقة تتراوح شدتها بين الإعاقة الخفيفة إلى أشد درجات الإعاقة. ويجب الأخذ بعين الاعتبار أن منظومات التصنيف الحديثة قد تخلت عن استخدام التسميات القديمة المألوفة في تصنيف الإعاقة نظراً لأنها تسميات غير إنسانية، وفيها تلقيب تصنيفي سلبي.

1- الإعاقة الخفيفة: حوالي 85% من الأطفال المتخلفين عقلياً يعانون من إعاقة طفيفة (يبلغ حاصل الذكاء IQ بين 50 و 70). وعلى الرغم من أن هؤلاء الأطفال يحتاجون إلى مدرسة خاصة فإنهم يستطيعون في سن المراهقة قادرين

على تعلم الحساب والقراءة ويمكن مساعدتهم فيما بعد على أن يصبحوا مستقلين بدرجة كبيرة.

2- الإعاقة العقلية متوسطة الشدة: ويتراوح متوسط الذكاء عند هؤلاء الأطفال بين 35-49. ويستطيع هؤلاء الأطفال أن يعتنوا بأنفسهم وأن يعملوا إلى حد ما، إذا ما تم وضعهم ضمن ظروف مراقبة ومحمية.

3- الإعاقة العقلية الشديدة: ويتراوح معامل الذكاء بين 20-34 درجة. ويمكنهم من خلال التدريب اكتساب المبادئ الأولية للنظافة، غير أنهم يعانون من صعوبات جمة في مجال اللغة والمجال الحركي. ولا يستفيدون في العادة من إجراءات التدريب المهني.

4- الإعاقة العقلية متطرفة الشدة: ويبلغ متوسط الذكاء عند هؤلاء بين دون العشرين. وهم غير قادرين على استخدام دورات المياه وعلى التعبير عن أنفسهم لفظياً. ويحتاجون للعناية طوال حياتهم.

وهناك منظومة تصنيف أخرى تقوم على أساس المدى الذي يستطيع فيه الطفل التقدم فيه في المدرسة:

1- معاق عقلي قابل للتعليم: وهم الأطفال الذين يبلغ مستوى ذكائهم بين 50-75 ويمكن لهؤلاء الأطفال أن يحققوا مستوى مدرسي يقع بين الصف الثالث إلى السادس.

2- الإعاقة العقلية القابلة للتدريب: ويتراوح مدى الذكاء بين 35 و 50، وعادة ما لا يستطيع هؤلاء الأطفال تنمية مهارات عقلية تتجاوز مستوى الصف الثاني.

2.2- التعرف على الإعاقة العقلية

في بعض الأحيان يمكن تحديد الإعاقة عند الولادة بل وفي أثناء الحمل. فبعض الأشكال المولودة من الإعاقة العقلية بما فيها ما يسمى بمتلازمة داون يمكن اكتشافها من خلال الفحوصات قبل الولادة. كما أن الأطفال الذين يعانون من

متلازمة داون وبعض الأشكال الأخرى من الإعاقة العقلية ينحرفون في أعراضهم الخارجية عن المعيار وتظهر لديهم أخطاء ولادية أخرى واضحة، الأمر الذي يمكن أن يسهل التشخيص.

ولكن بما أن كثير من الأطفال العاديين ينمون ببطء، فإن كثير من المتخصصين موقفاً متحفظاً (مترثاً) في مسألة تشخيص الإعاقة العقلية الطفيفة. ويمكن لهذا الوقت من الانتظار أن يكون معذباً جداً بالنسبة للوالدين. غير أنه ما أن يبلغ الطفل عامه الثاني أو الثالث ودائماً قبل أن يصل الطفل إلى سن ما قبل المدرسة حتى يمكن تشخيص وجود إعاقة عقلية بمساعدة الاختبارات النفسية والفيزيولوجية. وفي بعض الأحيان يتم من خلال الفحص اكتشاف أسباب أخرى مسؤولة عن تباطؤ النمو عند الطفل، كضعف السمع الذي يمكن أن يسبب تباطؤ اكتساب مهارات التواصل والتعلم.

ومن المهم أن نشير إلى أن قيم معامل الذكاء التي تبلغ حوالي 70 درجة وما دون من أجل تشخيص وجود الإعاقة العقلية عبارة عن قيمة عشوائية وليست دقيقة. فهناك أطفال يبلغ مستوى ذكائهم 70 درجة يكونوا قادرين على إدارة حياة منتجة وفاعلة بصورة مستقلة. وفي الحقيقة فقد أظهرت بعض الدراسات أن الأطفال القادمين من محيط محروم أو من ثقافات غريبة والذين يحصلون على معامل ذكاء مقداره حوالي 70 يمتلكون في الواقع معامل ذكاء طبيعي، وذلك عندما يتم وزن نتائجهم بصورة مناسبة، من أجل موازنة الإجحاف بحقهم الحاصل في الاختبار، ولكنهم يكونون غير قادرين على مجاراة أترابهم في الإنجاز المدرسي. ولهذا لا بد قبل إجراء التشخيص من إجراء تقويم لكل من السلوك العام للطفل وللعوامل الاجتماعية الاقتصادية التي تشكل حياته وللمحيط الثقافي الذي يتعرع فيه الطفل.

3.2- الأسباب

توجد المئات من الأسباب وعوامل الخطر المسؤولة عن الإعاقة العقلية من بينها الشذوذ الصبغي (الكروموزومي) كما هو الحال في متلازمة داون، والأمراض الوراثية وعسر الولادة والوزن المنخفض عند الولادة وعدم النضج المتطرف للجنين

والاضطرابات الهرمونية والعوامل قبل الولادة (كالحصبة في الربع الأول من الحمل، ونقص التغذية عند الأم أثناء الحمل وتعاطي الأم للمواد السامة كالكوكائين أو الكحول. وفيما بعد الولادة يمكن لعوامل متعددة كالعزلة النفسية والجسدية للطفل وسوء التغذية الشديد وإصابات الدماغ بسبب الحوادث، كالوقوع أو الاقتراب من الاختناق بسبب الغرق، والتسمم بالرصاص والعدوى كالتهاب السحايا. إلا أنه في غالبية الحالات تظل أسباب الإعاقة العقلية مجهولة عند طفل ما مجهولة.

4.2- متلازمة داون

تعد متلازمة داون من أكثر أشكال الإعاقات العقلية انتشاراً. وكانت تسمى في السابق المنغولية. وهي عبارة عن اضطراب في الصبغيات (الكروموزومات) تصيب واحداً من بين 700 ولادة. وفي غالبية الحالات يبدو أن النمو العقلي للطفل منذ الولادة وحتى الستة أشهر بأنه يتطور بصورة طبيعية وبعد ذلك يتوقف النمو ويتراجع. وإلى جانب انخفاض قدرات الإنجاز العقلي يولد هؤلاء الأطفال بعدم انتظام واضح للوجه والجسد، من بينها ضعف التوتر العضلي وورأس صغير مسطح، وارتفاع في عظام الوجنتين، ولسان بارز وشكل جنوب شرق آسيوي للعيون. وبشكل عام يرتبط أكثر من مائة شذوذ جسدي بمتلازمة داون، علماً أنه من النادر أن تظهر جميع هذه السمات الجسدية عند طفل واحد.

5.2- التصرف عند وجود طفل معاق

تشكل معرفة وجود إعاقة عند الطفل صدمة للوالدين يصعب تجاوز آثارها بسهولة. فكل الآمال والتوقعات تتحطم فجأة ويقف الإنسان حائراً أمام معطيات الحاضر وتوجهات المستقبل. ويبدو كل شيء في الحياة سيتغير دون أن تكون هناك بدائل متوفرة. وفي هذا الوقت بالتحديد يحتاج الوالدين إلى الدعم والمساعدة ويحتاجان للوقت كي يدركا هذه الحقيقة ويحاولان تطوير استراتيجيات للتعامل معها. وقد وضع علماء النفس مجموعة من النصائح استناداً لخبرتهم في هذا المجال يمكن أن تساعد الوالدين في التعامل مع هذه الحقيقة وتمثلها:

- 1- تذكر أنه على الرغم من إعاقة طفلك فهو شخص له حقوقه عليك ويستحق الاحترام والأمل والأحلام.
- 2- في حال شعرت أن أصدقائك وأقاربك يتجنبوك أو غير عارفين ما ذا عليهم أن يقولوا لك أو يفعلوا فتذكر أنهم في الحقيقة لا يعرفون كيف ستكون ردة فعلك عليهم وعلى تعاطفهم معك وعلى خدماتهم التي يستطيعون تقديمها لك. وتذكر كذلك أنه يصعب على كثير من الناس التعبير عن مشاعرهم وأن يجعلوا الآخرين يشعروا بمشاركتهم الوجدانية.
- 3- اتصل بالجمعيات أو المؤسسات المعنية وحاول التعرف على أشخاص يمتلكون أطفالاً معوقين من أجل تبادل الخبرات معهم، ومعرفة كيف تصرفوا في البداية وما الذي يعنيه لهم الآن وجود طفل معاق لديهم.
- 4- تقبل كل مشاعرك بما في ذلك مشاعر الذنب والغضب والحصر والخيبة والفشل. إنها مشاعر طبيعية، لا تخجل منها ولا من طفلك.
- 5- قبل أن تتمكن مساعدة طفلك عليك بداية أن تتمثل المشاعر بأنك لا تمتلك طفلاً طبيعياً.
- 6- على الرغم من أن لطفلك حاجات غير عادية ، إلا أنه لا يجوز لهذه الحاجات أن تكون على حساب حاجات الزوج أو الزوجة أو الأولاد الآخرين في الأسرة. تذكر أن كل أفراد الأسرة يمرون بأوقات عصيبة.
- 7- توقع أياماً حلوة ومرة في "سعيك" للتعامل مع المشكلات والمشاعر التي تواجهك. إن التغلب على هذا الموقف الحياتي المؤلم ومواجهته بشكل تحدياً شديداً لك، فلا تتركه يتغلب عليك.

6.2- العلاج

يمكن لشذوذات كروموزومية مختلفة أن تسبب هذا الاضطراب. فالأشخاص الذين يعانون من متلازمة داون يمتلكون 47 صبغياً (كروموزوم) في كل خلية بدلاً من 46، وهو العدد الطبيعي. أي أن هؤلاء يولدون بصبغي زائد ألا وهو الصبغي رقم

21. وهذا الشكل من متلازمة داون هو الشكل الأكثر ملاحظة، إذ توجد لدى 95% من الحالات. وهذه المتلازمة ليست وراثية، أي ليست منقولة من الوالدين. وعلى الرغم من أن بعض الأطفال يمتلكون صبغياً زائداً (رقم 21) ولكن على أساس اندماج كروموزومات أخرى يظهر لديهم عدداً طبيعياً من الكروموزومات (46 كروموزوم). وهذا الشكل عبارة عن نوع خاص من متلازمة داون تطلق عليه تسمية الشكل المنقول Translocation (أي انتقال الصبغي من مكان لآخر)، وهو عبارة عن خلل وراثي، أي يتم توريثه. وينبغي لوالدي الطفل الذي يولد بمتلازمة داون أن يجريا فحصاً من أجل تحدي أيهما المسؤول عن نقل هذا الصبغي، وفي حال رغبتهما بإنجاب أطفال آخرين عليهما أن يجريا استشارة حول العواقب الممكنة. والأطفال الذين يرجع سبب إعاقتهما إلى "الفسيفسائية Mosaicism"، التي تظهر لدى 1% من الحالات، يظهر لديهم خلايا مختلفة، بعضها طبيعي وبعضها بكروموزوم إضافي (رقم 21). وترجع أسباب هذه المتلازمة إلى تشكيلة وراثية. وهؤلاء الأطفال يبدو لديهم القليل من سمات متلازمة داون ويكونون حيويين. ومهما تكن الأسباب الوراثية الكامنة خلف ذلك فإنه حتى الآن مازال من غير المعروف لماذا يحدث الشذوذ الكروموزومي. وتشير بعض الدراسات بأن هذا الشذوذ قد يرجع إلى تقدم سن الأم، على الرغم من أن ثلثي الحالات التي تولد بمتلازمة داون تكون لأمهات دون سن الخامسة والثلاثين، أو لأن الأمهات يكن قد تعرضن لسموم بيئية شديدة، كالإشعاعات المتزايدة.

7.2- سرعة النمو

كما هو الحال في كل أشكال الإعاقة يكون الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون أبطأ في نموهم من الأطفال العاديين الذين يكونوا في مثل سنهم. ففي الشهرين الأوليين من حياتهم يكون هؤلاء الأطفال أكثر هدوءاً وأقل قدرة على ردود الأفعال من الأطفال العاديين من السن نفسه. بالإضافة إلى ضعف التنسيق العضلي أو الحركي بسبب النقص في توتر العضلات. غير أن غالبية الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون يبدأون في النصف الثاني من السنة الأولى بالاستجابة لمحيطهم. فيبتسمون للأم أو للشخص الذي يعتني بهم ويحاولون ويتعلمون الجلوس جون

مساعدة، حتى لو أن بعضهم لا يستطيع الحبو (الزحف). في السنة اللاحقة يستمر نمو التنسيق العضلي والقدرات اللغوية والمهارات الأخرى، على الرغم من أن سرعة التقدم تظل دائماً أبطأ مما هو الأمر عند الأطفال العاديين وعند بلوغ الطفل سنتين من العمر يكون كثير من الأطفال بمتلازمة داون قادرين على النطق بكلمة أو اثنتين. إذ أن مشكلات التنسيق العضلي تؤثر على المهارات اللغوية. حيث يصعب على الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون التنسيق بين حركات اللسان والشفيتين والفك. وفي سن السنوات الخمس يكون هؤلاء الأطفال في العادة قادرين على تسمية كثير من الأشياء والنطق بجمل قصيرة، وإن كان هناك أخطاء قواعدية ولفظية كثيرة. ويستطيع الوالدين تنمية نمو اللغة عند الطفل من خلال التكلم مع الطفل بانتظام ومساعدته بفاعلية في التمرن على تنمية مهارات التعبير في المواقف الاجتماعية.

8.2- العلاج

يتعرض الأطفال المعوقين عقلياً للتمييز والوصم الاجتماعيين، ومن ثم يصعب عليهم تقبل ذاتهم، ويعانون من الإحساس المؤلم بأنهم مختلفون عن الآخرين. ومن هنا تتمثل الخطوة الأولى والأساسية في مساعدة الأطفال المعوقين عقلياً بمنحهم الحب والاهتمام الكافيين. لقد أثبت العلماء أن إحساس الطفل المعوق بأنه محبوب ومقبول من المحيط يساعده على تسريع النمو وعلى تقبل نفسه. وكلا هذين الشرطين يمكن اعتبارهما أساسيين من أجل تمكن الطفل المعاق من مواجهة الصعوبات الشديدة التي يعيشونها في حياتهم.

ولابد من الأخذ بعين الاعتبار أن الأطفال المعوقين عقلياً لا يمكن أن يصلوا في نموهم العقلي إلى مستوى الأطفال العاديين من السن نفسه إلا فيما ندر. ولكن في الوقت نفسه يمكن مساعدة هؤلاء الأطفال من خلال إجراءات التنمية المختلفة ليستغلوا إمكاناتهم المتوفرة إلى أقصى حد ممكن. وكلما أمكن طرح التشخيص بصورة أبكر يستطيع الوالدين البدء ببرامج التنمية لأطفالهم والتعامل مع المشاعر الناجمة عن طرح التشخيص.

يتمركز العلاج على التنمية بالدرجة الأولى. أي أن الهدف الأساسي من العلاج هو مساعدة الطفل على استغلال طاقاتهم إلى أبعد حد ممكن وتسهيل عملية الاستقلالية. ففي الولايات المتحدة الأمريكية يهدف العلاج إلى دمج المعوقين في محيطهم، سواء كان ذلك في البيت في إطار الأسرة أم في أي مكان آخر يوجدون فيه، وفي المؤسسات التعليمية.

ومن الصعب على الأطباء أن يتنبؤوا بالمدى الذي يستطيع فيه الطفل تحقيق تقدم. وعلى الرغم من أنه يمكن لنسبة الذكاء عند طفل معاق أن ترتفع بعد تطبيق إجراءات تنمية معينة، إلا أنه لا يمكن لمستوى الذكاء أن يصل إلى المستوى نفسه الذي يمكن أن يبلغه طفل عادي من السن نفسه. إلا أنه يمكن للطفل المعاق أن يتعلم وأن يتقدم وأن يحقق تحسناً في بعض الحالات.

ويوجد العديد من البرامج. أما نوع التدخل الذي يحتاجه طفل معين فيتعلق بالتقويم المتخصص لحاجات الطفل من خلال المتخصصين باضطرابات النمو. ويشكل التدريب اللغوي والتربية على النظافة وتعليم الأطفال المهارات الأساسية في اللباس والطعام أحجار بناء أساسية في معظم البرامج. بالإضافة إلى إرشاد أهل وتوجيههم. يضاف إلى ذلك عملية التنسيق مع الأطباء المتخصصين في علاج الصعوبات أو الاضطرابات الجسدية للطفل، ومع المعالجين النفسيين المتخصصين في علاج المشكلات السلوكية.

9.2- المشكلات النفسية وصعوبات السلوك لدى الأطفال المعوقين عقلياً.

يمكن للمشكلات السلوكية والانفعالية أن تلاحظ لدى الأطفال جميعاً، العاديين منهم والمعوقين بأشكال مختلفة من الإعاقة. غير أن الأطفال المعوقين عقلياً بشكل خاص يكونون عرضة أكثر من غيرهم لمجموعة كبيرة من الاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية. مثال ذلك يمكن للمشكلات السلوكية أن تظهر عند الأطفال المعوقين لأنه يصعب عليهم تمثيل المعلومات. واستناداً إلى صعوبات التركيز التي يعاني من هؤلاء الأطفال والمتمثلة في ضيق مساحة التركيز، فإنهم سرعان ما يصبحون غير هادئين، مما يجعل سلوكهم يبدو مضطرباً، ويصعب عليهم الاندماج في النشاطات الجماعية سواء في البيت أم في الدرس.

للأطفال المعوقين قدرة ضعيفة على تحمل الإحباط كذلك، ارتباطاً بضعف القدرة على ضبط الدافعية على الأغلب. مما يعني أنهم يحتاجون إلى وقت أطول من الأطفال العاديين من أجل السيطرة على أنفسهم بعد التوتر والإثارة. ويمكن لتأجيل إشباع رغبة أو تأجيل التأخر في تحقيقها أو تغيير الروتين الذي اعتادوا عليه أو مجرد اللوم البسيط أو حتى مجرد التغيير الطفيف في طعامهم المعتاد أو تغيير مكان أثاث الغرفة أن يثير لديهم مشكلات سلوكية، يمكن أن تتراوح بين التوتر البسيط إلى نوبات الغضب الشديدة أو السلوك الذي يلحق الأذى بالنفس. وحتى بالنسبة للأطفال العاديين فإن مثل هذه المظاهر المضطربة من السلوك تكون صعبة السيطرة من الوالدين، فما بالك بالأطفال المعوقين عقلياً؟ لدى الأطفال لمعوقين يصعب على الوالدين التعامل مع هذه المشكلات كونه يصعب على هؤلاء الأطفال ضبط سلوكهم. وسوف نقوم لاحقاً بعرض بعض الإرشادات التي تسهل على الوالدين التعامل مع المشكلات السلوكية. ويمكن للمعالجين النفسيين أن يساعدوا الأطفال على تعلم ضبط أنفسهم.

ومن المشكلات التي تكثر ملاحظتها عند الأطفال المعوقين مشكلة تقدير الذات. فالأطفال الذين يعانون من مشكلات نمو يعرفون على الأغلب أنهم مختلفون عن الآخرين، ذلك أنهم يقارنون أنفسهم مع أخوتهم أو مع الأطفال الآخرين من محيطهم أو من خلال التعليقات التي تصدر عن الآخرين، مما يؤدي على الأغلب إلى نمو مشاعر عدم الصلاحية والاكتئاب ومن ثم إلى نشوء مشكلات كالانسحاب الاجتماعي والسلوك العدواني. ويمكن هنا للمعالجين النفسيين أن يقدموا المساعدة من خلال تقنيات العلاج باللعب على الأغلب، بالطريقة نفسها التي يتم استخدامها عند الأطفال العاديين.

10.2- المشكلات الأسرية

يتطلب وجود طفل معاق في الأسرة ورعايته الصبر الشديد والتعاون بين الأقارب. يغلب أن يستجيب الوالدين للأمر بمشاعر الذنب والهم والغضب، ويصعب عليهم في بعض الأحيان أن يشعروا بالارتباط بطفلهم. وربما يشعر الأخوة بالذنب كونهم هم

أنفسهم عادييّن الأخت أو الأخ معاق، أو لأن الطفل المعاق يأخذ وقتاً طويلاً من الرعاية والاهتمام. ولهذا السبب قد تحتاج الأسرة للتوجيه والإرشاد والدعم من خلال الأسر الأخرى التي تعاني من المشكلة نفسها.

ويتضمن علاج الأسر التي تمتلك طفلاً معاقاً مركبات توضيح وشرح، حيث يتم تعليم الوالدين كيفية تقويم مستوى نمو طفلهم ويتم تقديم إرشادات لهم حول كيفية مساعدة طفلهم وتعلم كيفية تنمية طفلهم إلى أقصى مدى ممكن.

11.2- توجهات عامة للتعامل مع الأطفال المعوقين ومساعدتهم

للطفل المعاق مشكلات عدة مختلفة عن الأطفال العاديين. فمن المعروف أن الأطفال المعوقين يكونون أبطأ في مراحل نموهم من الأطفال الآخرين، وبالتالي فإن بعض المظاهر السلوكية التي تظهر عند الأطفال العاديين في المراحل المبكرة وتكون متناسبة مع السن تظهر لدى الأطفال المعوقين في فترات عمرية متأخرة وبالتالي تستجر معها مشكلات عديدة. ففي حين على سبيل المثال أن مرحلة العناد والمعارضة تظهر عند الأطفال العاديين في فترة مبكرة من النمو وبالتالي يكون الوالدين قادران على التعامل معها وتحملها، فإن الأطفال الذين يعانون من التأخر العقلي يمرون بهذه المرحلة في وقت متأخر من نموهم، أي في سن الرابعة أو الخامسة أحياناً وتكون فترات أطول، الأمر الذي يتطلب من الوالدين الصبر والقدرة على التحمل. وهناك إمكانيات كثيرة للوالدين يمكنهم من خلالها مساعدة طفلهم في التحكم بسلوكه. وفيما يلي بعض النصائح المستمدة من العلاج السلوكي.

= ركز على السلوك الملموس المباشر للطفل الذي ترغب بتعديله عنده، سواء تعلق الأمر بتعلم سلوك مرغوب أم بأسلوب النظافة والذهاب للحمام لقضاء الحاجة أم بالتخلي عن سلوك غير مرغوب، كعبور الشارع مثلاً.

= ركز دائماً على مشكلة واحدة فقط ولا تأخذ عدة مشكلات دفعة واحدة.

= قيم سلوك طفلك المعاق استناداً إلى سنه أو إلى مرحلة النمو الموجود هو فيها وليس استناداً إلى سنه الزمني. فإذا لم تكن تعرف المرحلة النمائية الموجود فيها

طفلك استشر متخصص نفسي بهذا الأمر مؤهل في هذا المجال يستطيع تقدير المرحلة النمائية الموجود طفلك فيها. إن معرفة المستوى النمائي لطفلك، أي في أي مرحلة موجود هو فيها يساعدك على فهم سلوكه وفيما إذا كان هذا السلوك متناسباً مع نموه أم لا ، كما ويساعد على تفهم لماذا ظهر هذا السلوك.

= شجع ونمي لدى الطفل السلوك المرغوب من خلال تقديمك المثال لطفلك. اسلك أنت أمام طفلك السلوك المرغوب الذي ترغب لطفلك أن يتعلمه. قم أمامه بالسلوك الذي يقوم به الوالدين والأطفال الآخرين. وعندما يقوم الطفل بالسلوك المرغوب، قم بمكافئته عليه مباشرة من خلال المديح والربت عليه وضمه لصدرك ... الخ. وبعض الأطفال الأكبر سناً يحتاجون لنوع من المكافآت العينية الملموسة (المادية)، ك لصق نجمة مثلاً على الجبين أو اليد أو على الدفتر أو لعبة بسيطة أو نزهة في الحديقة أو ما يشبه ذلك. ينبغي للمكافآت أن تكون صغيرة بالنسبة لأنواع السلوك السهل والبسيط. أما المكافآت الكبيرة فعلى الوالدين عدم تقديمها إلا عندما يقوم الطفل بأشياء صعبة التنفيذ والتعلم. كن ثابتاً وحازماً في منح المكافآت، وتأكد من أنك إذا وعدت في إعطاء مكافأة ما عند القيام بالسلوك الذي ترغب فلا بد من تنفيذها. ومن هنا إياك أن تعد بما لا تستطيع تنفيذه. كما وأنه لا بد للمكافأة من أن تتناسب مع مرحلة النمو للطفل. فالطفل المعاق البالغ من العمر أربع سنوات على سبيل المثال والذي يكون من حيث مرحلة النمو في سن السنتين قد لا يشعر بأنه قد كوفئ إذا ما منح نجمة على جبينه.

= لا تستجب للسلوك غير المرغوب عند الطفل بالضرب أو بالكلمات النابية. من الأفضل لك هنا أن تتجاهل السلوك غير المرغوب، مهما بدا لك هذا الأمر صعباً، وإلا سيكون للأمر عواقب وخيمة عليك وعلى الطفل، ذلك أن السلوك الذي يقابل بهذه الاستجابة سيتكرر أكثر فأكثر. ولكن بمجرد أن يلاحظ طفلك أن هذا السلوك لا يلقى أي اهتمام فسيختفي هذا السلوك إن عاجلاً أو آجلاً.

= اسأل نفسك فيما إذا كان يمكن تعديل السلوك غير المرغوب من خلال إجراء بعض التغييرات في المحيط. اقفل الأبواب التي ينبغي للطفل عدم دخولها ، كباب

المطبخ مثلاً، أو ضع الأشياء الخطيرة والمؤذية كالأدوية ومساحيق التنظيف في أماكن مقفلة يصعب على الطفل الوصول إليها. خبئ الأشياء التي ينبغي للطفل عدم لمسها.

= الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون Down-Syndrome يبقون دائماً لسانهم خارج فمهم بسبب كبر حجم لسانهم وصغر تجويف الفم. يمكن للوالدين بعد السنة الأولى من خلال التشجيع والمديح أن يبدأوا بمحاولة تعليم الطفل إبقاء لسانه داخل فمه.

3- الانغلاق (الأوتزمية)

تبلغ نسبة الأطفال الذين يعانون من الانغلاق (الأوتزمية) (Autism)⁽¹⁾ بين 10-15 طفل في كل 10,000 طفل. وهذا يعني أن انتشار هذا الاضطراب ضئيل نسبياً. ويصنف هذا الاضطراب ضمن اضطرابات النمو عميقة الأثر حسب تصنيفات منظمة الصحة العالمية وتصنيف الجمعية النفسية الأمريكية APA. ويتصف الأطفال الذين يمتلكون هذا الاضطراب بالقصور الشديد في نمو المهارات اللغوية والاستعرافية وصعوبات شديدة في التفاعل الاجتماعي. فيبدون بعديين وغير قادرين على التفاعل عاطفياً مع الأشخاص من محيطهم. فمنذ سن الرضاعة لا يستجيبون لا للحنان ولا لتواصل البصري مع الأم. ويفضلون اللعب وحدهم وينمون طقوس وأنماط سلوك تكرارية repetitive (نمطية stereotype) كالأرجحة أو طرق الرأس. كما أن لعبهم يتصف بصفة التكرارية، ويمكنهم قضاء الساعات الطوال في صف مواضيع في صفوف أو ترتيب الألعاب وفق نمط معين. ويفتقد اللعب لديهم بالدمى أو الحيوانات إلى الإبداع، وكذلك لا يستطيعون لعب الألعاب التي تتطلب التفاعل مع الآخرين كالعبة "بيت وبيت" أو ما يشبه ذلك.

يتعلم حوالي 50% من الأطفال المنغلقين التكلم بصورة مفهومة، مع العلم أن

(1) يترجم هذا المصطلح إلى العربية بالتوحد. ونرى أن هذه التسمية غير صحيحة وغير دقيقة. والتسمية الأفضل والأكثر دقة هي "الانغلاق".

اكتساب اللغة يكون متباطئاً ويغلب أن يكون إيقاع الصوت ونمط الكلام مضطربين. وقلما يتكلم غالبية الأطفال المنغلقيين الصغار جداً ويصعب عليهم الاستمرار بحديث ما، وهم عندما يتكلمون فإنهم يكررون عادة ما يقوله الآخرون أمامهم أو أنهم يستخدمون الكلمات بطريقة غير مناسبة. وعادة ما يقود النقص في النمو اللغوي أو في الاستخدام المنتظم للغة والفوضوي إلى تشخيص الانغلاق قبل نهاية السنة الثالثة من العمر.

يتصرف بعض الأطفال المنغلقيين في البداية بصورة عادية، وبعد سنتين أو أكثر قليلاً من العمر تظهر أعراض الاضطراب. وفي هذه الحال لا بد من طرح تشخيص تفريقي، لتحديد فيما إذا كانت الأعراض نتيجة الانغلاق أم نتيجة الخرس الاختياري elective Mutism أم بسبب الفصام.

ويختلف الأطفال الذين يعانون من الخرس الاختياري عن المنغلقيين في أن أطفال الخرس الاختياري يكونوا قادرين على التكلم وعلى إقامة اتصالات اجتماعية.

وعلى الرغم من أنه كان يعتقد أن سبب الانغلاق يرجع إلى الإهمال الوالدي، تشير نتائج الأبحاث الحديثة إلى أن السبب يرجع إلى اضطراب عصبي لم تزل أسبابه مجهولة حتى الآن. كما أنه على الرغم من أن الانغلاق قلما يتكرر في الأسرة الواحدة إلا أنه يتكرر أن يعاني أخوة الأطفال المنغلقيين من صعوبات في النمو اللغوي لديهم وصعوبات في التعلم أو من الإعاقة العقلية أكثر مما يمكن ملاحظته لدى عينات مسحوبة من المجموع العادي. غالبية الأطفال المنغلقيين معوقين عقلياً، ولكن يمكن ملاحظة الانغلاق لدى أطفال بذكاء عادي. وعلى عكس الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون فإن تكون صفات الوجه لدى الأطفال المنغلقيين عادية في العادة على الرغم من أنهم لا يمتلكون القدرة على إبداء التعبيرات الوجهية المألوفة لدى الأطفال العاديين.

ويشكل امتلاك طفل منغلق بالنسبة للأسرة إرهاقاً خارقاً، ذلك أن الطفل لا يتصل بهم وقلما يظهر عليه أي ارتباط عاطفي.

1.3- العلاج

لا يوجد علاج معروف للانغلاق. ويتركز العلاج على محاولات حث النمو الطبيعي وتنميته وتحسين مهارات التواصل وتخفيض تكرار السلوك المضطرب. وعلى الرغم من أن غالبية الأشخاص المنغلقيين يكونوا معوقين بشدة وغير قادرين على رعاية أنفسهم، تشير التقديرات إلى أن حوالي 5 حتى 17% من المعنيين يستطيعون التكيف مع محيطهم الأساسي ويعملون إلى حد ما. غير أن غالبية الأشخاص المنغلقيين يحتاجون إلى الرعاية طوال حياتهم. ومن أجل تحسين المهارات اللغوية ينصح الوالدين عادة بالحديث واللعب مع أبنائهم على فترات تبلغ الواحدة منها نصف الساعة. ويتمركز الهدف الأساسي لهذه المحادثة على تعليم الطفل التواصل بالكلمات وبلغة الجسد. ويختلف التقدم عادة في اكتساب المهارات اللغوية من طفل لآخر. فبعضهم يكتسب ذخيرة لفظية واسعة في حين أن بعضهم الآخر لا يتعلم الكلام على الإطلاق. والأطفال الذين يتعلمون الكلام مبكراً وأولئك الذين تكون مهاراتهم غير اللفظية متطورة بشكل جيد فرصة أفضل في التمكن لاحقاً من الاهتمام بأنفسهم ورعايتها.

وبما أن الانعزال يشكل واحدة من السمات الأساسية للانغلاق ينبغي للعلاج أن يتمركز على معالجة التواصل الشخصي للطفل. ويتم ذلك من خلال مساعدة الوالدين على تخطيط نشاطات يشارك فيها الطفل بنشاطات اجتماعية وصرف الطفل عن ميله المعتاد نحو البقاء وحده.

ويمكن للأطفال المنغلقيين أن يتعلموا شريطة أن يتم تصميم الدرس في إطار مبني. وينبغي للأهداف التعليمية أن تجزأ إلى خطوات صغيرة جداً وواضحة، وينبغي تقديم المساعدة في كل خطوة. وبما أن الأطفال المنغلقيين يتعلمون من خلال تلقين المفاهيم Concepts ، بشكل أفضل من فهمها، فإنه لا بد وأن يتمركز التعلم على جعل الطفل يدرك معنى ما يتعلمه.

ويعد تهديم السلوك المشكل ونوبات الغضب والعدوانية وتبلييل الفراش وإيذاء الذات من المرتكزات الأساسية للعلاج كذلك. ويمكن للعلاج السلوكي أن يساعد

في التخلص من المشكلات السلوكية. أما السلوك النمطي المتكرر فيمكن معالجته أحياناً بطريقة "التعديل المتدرج". ويتم إحداث التغيير فهن من خلال إدخال تغيرات متدرجة وصغيرة في عناصر الحياة اليومية أو المحيط الفيزيائي التي تبدو أنها تستحث السلوك التكراري. وتوجد إستراتيجية أخرى لتخفيض السلوك التكراري تتمثل في منع الطفل من ممارسة النشاطات أو اللعب بالألعاب التي تثير سلوكه التكراري وجعل الطفل يمارس نشاطات ويلعب بألعاب لا تثير فيه هذا السلوك.

وعلى الرغم من عدم وجود أدوية لمعالجة الانغلاق إلا أنه يمكن للأدوية النفسية أن تكون مفيدة في بعض الحالات من أجل التغلب على أعراض بعض الاضطرابات. فمن خلال استخدام مضادات الذهان يمكن مثلاً التخفيض من حالات الإثارة وفرط النشاط ومن ثم تسهيل التعلم. وعلى الرغم من أن الأمر ما زال في طور الدراسة، فإن الباحثين غير متفقين بعد حول فاعلية استخدام الأدوية النفسية في معالجة الانغلاق.

2.3- المساعدة والدعم والمعلومات للأطفال والأسرة

تتعرض أسرة الطفل المنغلق إلى إرهاقات شديدة. فالمشكلات العملية التي يواجهونها مع الطفل تحتاج إلى حلول، منها البحث عن المعالجة المناسبة، وإمكانية توفرها في المحيط القريب ورعاية الطفل والإشراف عليه والإرهاق المادي والتعب الجسدي وخطر "الاحتراق"⁽¹⁾. وكثيراً ما يعاني الوالدين من المشكلات النفسية كالإكتئاب والغضب ومشاعر الذنب. ويمكن للعلاقة الزوجية أن تتضرر من جراء رعاية الطفل المنغلق، وأن ينعكس كل ذلك على الأخوة. ون ثم تحتاج الأسرة نفسها إلى المساعدة والدعم. ويحتل الدعم الاجتماعي social support أهمية كبيرة.

(1) أنظر متلازمة الاحتراف في كتاب الصحة النفسية. د. سامر جميل رضوان. دار المسيرة. عمان الأردن.

الفصل العاشر

الاضطرابات النفسية لدى الأطفال في سن المدرسة الابتدائية (مرحلة التعليم الأساسي)

1- مدخل

مما لا شك فيه أن خبرة الالتحاق بالمدرسة بالنسبة للطفل خبرة فريدة ونادرة، ينتقل فيها من مجتمعه الصغير Micro-community إلى المجتمع الأكبر Macro-Society، وتتخذ ممارسته لما تعلمه من سلوك ضمن الأسرة شكلاً اجتماعياً أكثر تعقيداً مما كان موجوداً حتى تلك اللحظة داخل الأسرة. يحمل الطفل معه إلى المدرسة صورة الأسرة التي نشأ فيها، وتوقعات الأسرة منه، وعليه أن يحقق توقعات وضعتها المدرسة أو المجتمع بمؤسساته المختلفة، دون أن يكون مدركاً كفرد المغزى من كل ذلك. ويتخذ شكل التنشئة الاجتماعية منذ تلك اللحظة شكلاً مختلفاً عما مورس حتى الآن في البيت.

على الطفل عند التحاقه بالمدرسة أن يعتمد على نفسه في مواجهته للعالم الخارجي، بما يملكه من ذخيرة سلوكية، قد لا تكون كافية ومقبولة في المجتمع الخارجي (المدرسة). فالتصرفات العدوانية والشقاوة المنزلية التي كانت مقبولة إلى حد ما، وكان الوالدين يتسامحان معها ويصبران عليها على سبيل المثال، لا تعود كذلك في المدرسة سواء بالنسبة للمعلمة أو للأطفال الآخرين، بل وتقوم على أنها مزعجة ومضطربة.

كما أن بعض الاضطرابات النفسية لا تلاحظ إلا في سن المدرسة كونها مرتبطة باكتساب بعض المهارات المدرسية، كضعف القراءة والكتابة أو ضعف

القدرة على العمل أو اللعب الجماعي، ويمكنها أن تلحق الضرر الشديد بنمو الطفل. وبعض أشكال السلوك التي كانت في السنوات الأولى من العمر مقبولة كتبليد الفراش أو الخوف من المخلوقات الخيالية لا تعود في هذه المرحلة كذلك، بل يمكن أن تكون مؤشرات لبدايات اضطرابات نفسية تحتاج للعلاج والمساعدة.

سنعرض في سياق هذا الفصل واستكمالاً لما تعرضنا له في الفصول السابقة المتعلقة بمرحلة الطفولة للتعرض إلى أشكال معينة من الاضطرابات والمشكلات النفسية الملحوظة في سن المدرسة الابتدائية.

2- اضطرابات فرط النشاط

اضطراب فرط النشاط وضعف التركيز معروف منذ مئات السنين في المراجع الطبية والنفسية المتخصصة. ويعد اليوم أن أكثر الاضطرابات انتشاراً لدى الأطفال. الأطفال مفرطوا النشاط كثيرو الحركة، حتى أثناء نومهم. حاجتهم للحركة ليس هي السبب في فرط نشاطهم بل، عدم قدرتهم على السيطرة على نشاطهم وضيق مساحة الانتباه لديهم. وسلوكهم هذا يجعلهم معزولين عن أترابهم. ولأسباب مازالت حتى الآن غير معروفة يصاب الصبيان بهذا الاضطراب أكثر من البنات.

وكما أشرنا في فصل الاضطرابات في سن قبل المدرسة يمكن تشخيص هذا الاضطراب بصورة مبكرة، إلا أن هذا الاضطراب لا يصبح ملحوظاً بشكل بارز إلا عندما يلتحق الأطفال بالمدرسة. ويرجع سبب ذلك إلا عوامل عدة منها:

1- يستطيع الوالدين بكثير من الصبر والتحمل التعامل مع هذا السلوك المضطرب في سن ما قبل المدرسة. غير أن هذا السلوك يصبح في إطار التعلم الصفّي المبني أو المنتظم لا يطاق.

2- يتطلب التعلم ممارسة النشاطات والطفل جالس في مقعده مما يصعب على الطفل الأمر.

وللأسف يتم عقاب وتأنيب هؤلاء الأطفال بكثرة بسبب عدم قدرتهم على

السيطرة على أنفسهم. وفي الواقع فإن هؤلاء الأطفال يرغبون أن يحققوا توقعات الراشدين منهم ويجلسوا هادئين، لو استطاعوا ذلك. إلا أن اضطرابهم يمنعهم من ذلك.

1.2- تشخيص الاضطراب

مثال حالة: باسم طفل في السادسة من عمره يوحى مظهره الخارجي بالود واللطف والتعاون. ولا يبدو عليه القلق أو الاكتئاب، يأكل وينام جيداً. تم تحويله من المعلمة إلى المتخصص النفسي المدرسي لأنه يحتاج لمراقبة مستمرة كي لا يزجج الدرس. أما في البيت فهو دائم الحركة ولا يستطيع الجلوس هادئاً على الإطلاق، فهو يقفز ويركض ويتأرجح ويصعد فوق السرير أو الرفوف ويلعب. إنه يبدأ ثلاثة أو أربعة أعمال مع بعضها، دون أن ينهي أي عمل منها، ويخرب أي نشاط يقوم به الأطفال الآخرون في محيطه.

سلوك باسم مزعج سواء في البيت أم في المدرسة، ولم تنفع معه أية وسيلة من وسائل ضبط السلوك كالثواب أو العقاب أو التأديب في جعله يغير من سلوكه. إنه ليس طفلاً "سيئاً" أو "غير مؤدب" أو "وقحاً"، إنه ببساطة لا يستطيع أن يسيطر على محركه الداخلي.

وبسبب ضيق مساحة انتباهه وعدم قدرته على الإصغاء وإنهاء وظائفه المطلوبة منه وسهولة صرف انتباهه فإنه يعاني أيضاً من ضعف التركيز. والأطفال الذين يعانون من ضعف تركيز الانتباه يعانون من مشكلات في المدرسة لأنهم لا يستطيعون الاستمرار في عمل معين. فلدى هؤلاء الأطفال تترافق الاندفاعية مع عدم الانتباه؛ إنهم غالباً ما يتحدثون دون راحة أو يتكلمون كثيراً بصورة مفرطة. ولا يستطيعون الوقوف في الصف ويجيبون عن الأسئلة بصراخ اندفاعي دون أن يرفعوا أيديهم ويبدو أنهم يتصرفون دون أن يفكروا.

ليس كل طفل كثير الحركة ويسهل صرف انتباهه يكون مضطرباً بفرط النشاط. فبعض الأطفال النشيطون وغير الهادئين طبيعيين على الرغم من أن سلوكهم يبدو مزعجاً للوالدين أو للمعلمين. وبعض الأطفال الآخرين الذين يتصف سلوكهم بزيادة النشاط أو الحركة قد يكونوا ضحايا للاستغلال (سوء المعاملة أو

الغبين) والإهمال أو يعانون من القلق أو الملل. كذلك يمكن لاضطرابات الغدة الدرقية أن تسبب السلوك المفرط النشاط، أو أدوية معينة.

وتوجد استبانات مختلفة يمكنها مساعدة المعلمين والمتخصصين على تشكيل الانطباعات الأولى حول سلوك الطفل كخطوة أولى. بعد ذلك يستطيع الطبيب النفسي أو المتخصص النفسي بالعلاج النفسي أن يشخص الاضطراب بعد أن يقوم بتشكيل صورة عن نمو الطفل منذ الرضاعة حتى الآن بما في ذلك السلوكيات الملفتة للنظر والإنجاز المدرسي والبنية الصحية الأساسية والعلاقات الأسرية والاجتماعية والتاريخ الطبي والسيرة الأسرية. ويغلب أحياناً أن يظهر اضطراب فرط النشاط مترافقاً مع اضطرابات النمو والاضطرابات الانفعالية واضطرابات السلوك الاجتماعي.

ويتم طرح التشخيص "فرط النشاط ونقص الانتباه" عندما تستمر مشكلات السلوك لمدة أشهر ستة وتكون شديدة كفاية لتحدث إعاقة شديدة في نمو الطفل في مجالات حياتية مهمة. ولا تختفي أعراض هذا الاضطراب بين ليلة وضحاها.

2.2- الأسباب

لا يمكن تحديد السبب الكامن خلف اضطرابات فرط النشاط ونقص الانتباه. وعلى الرغم من أن بعض الباحثين يعتقدون بأن عمليات بيولوجية متعددة في الدماغ تسهم في اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه إلا أن الدراسات التي تمت حتى الآن لم تصل إلى نتيجة قاطعة.

كذلك يتكرر ظهور اضطراب فرط النشاط في أسر معينة، ومع ذلك لا يمكن القول بوجود عامل وراثي مباشر قابل للبرهان.

واعتقد العلماء في السابق أن سبب فرط النشاط يرجع إلى عطل في عمليات التفكير عند الأطفال. ووفقاً لهذه النظرية فإن الأطفال ينهضون ويهتمون بشيء جديد لأنهم غير قادرين على التركيز على موضوع ما. غير أن هذه النظرية لا تفسر لماذا يتقلب هؤلاء الأطفال في نومهم في المتوسط أكثر من الأطفال الآخرين على الرغم أنهم أثناء نومهم لا يركزون على شيء.

وتذهب نظرية أخرى من فرط النشاط عبارة عن ردة فعل متعلمة. ووفقاً لهذه النظرية فإن هؤلاء الأطفال يحضون باهتمام أكبر من والديهم والآخرين عندما "يتحركون"، وإن هذا الانتباه الإضافي من الوالدين وغيرهم يمثل ثوباً سيعزز سلوك هؤلاء الأطفال. غير أن جميع المحاولات التي تمت مع هؤلاء الأطفال من أجل تعديل السلوك ظلت دون نجاح كون هؤلاء الأطفال لا يستطيعون السيطرة على سلوكهم.

وقد حاولت مجموعة من الباحثين إيجاد علاقة بين اضطراب فرط النشاط ونوع التغذية التي يتناولها هؤلاء الأطفال. ومن ضمن الأغذية المواد الصناعية الملونة ونقص الفيتامينات وفرط استهلاك السكريات. وعلى الرغم من أن الشعبية التي حظيت بها هذه النظرية إلا أن أي من النظريات القائمة على أساس التغذية لم تجد الإثبات العلمي، وباءت المحاولات القائمة على أشكال معينة من التغذية واتباع حمية معينة بالفشل.

وهناك محاولات جرت للربط بين سلوك فرط النشاط والسموم البيئية وبشكل خاص التسمم بالرصاص. ولكن حتى الآن تفتقد هذه المقولات إلى البرهان العلمي المؤكد.

من المؤكد أن عوامل عدة تسهم جميعها باضطراب فرط النشاط، والأمر متروك للدراسات والأبحاث الراهنة والمستقبلية لإيجاد تشكيلة هذه العوامل، التي تسهم معرفتها بالوقاية من اضطراب فرط النشاط.

3.2- العلاج بالأدوية

يشكل العلاج الدوائي واحداً من الأشكال العلاجية الفاعلة في تسكين أعراض اضطرابات فرط النشاط. ويتم استخدام ثلاث فئات من الأدوية : المنشطات والمهدئات ومضادات الاكتئاب.

ويمكن للتغيرات في السلوك أن تكون مدهشة. فقد أظهرت دراسات علمية أن المنشطات تحسن حوالي 80% تقريباً من الأعراض. فقد تم تحقيق تراجع للعدوانية والنشاطات غير الهادفة والاندفاعية وازدياد مساحة الانتباه وتحسن في السلوك الاجتماعي.

إلا أن من سلبيات استخدام الأدوية التأثيرات الجانبية. فقد أظهرت الدراسات التي أجريت في ستينيات وسبعينيات القرن العشرين أن الاستخدام الدائم للمنشطات يبطئ من نسبة النمو عند الأطفال. غير أن دراسات أحدث أظهرت أنه على الرغم من أن الأطفال الذين يتناولون المنشطات ينمون بشكل أبطأ في المتوسط إلا أنه عندما يتم التوقف عن تناول الدواء، حتى لو كان لفترة بسيطة، يقود إلى تسرع في النمو (دفعة نمو). واليافعين الذين تم استخدام المنشطات معهم حققوا طولاً طبيعياً في النهاية.

أما التأثيرات قصيرة الأمد لهذه المجموعة من الأدوية فتتمثل في الأرق ونقص الشهية وفقدان الوزن وأوجاع بطن وصداع. وبعض الأطفال يصبحون أقل استقراراً وأكثر مشاكسة وسهلوا الاستثارة. وتظهر الأعراض الجانبية لدى حوالي 5% من الأطفال وبشكل خاص لدى أطفال السن الخامسة وما دون. ويمكن التحكم بالأعراض الجانبية من خلال تغيير الجرعة وتخفيف التأثيرات الجانبية كلية عند التوقف عن تناول الدواء كلية.

4.2- العلاج غير الدوائي لاضطراب فرط النشاط

يستخدم المعالجون السلوكيون والاستعرافيون أساليب علاجية أساليب الثواب والعقاب لتعديل السلوك مفرط النشاط. إلا أن الدراسات أظهرت أن محاولات تعديل السلوك عن طريق الإجراءات العلاجية السلوكية تخفق على المدى البعيد في تحقيق المرجو منها. فقد يستطيع الطفل تعديل سلوكه أثناء العلاج إلا أنهم يعودون بعد ذلك إلى الاندفاعية والسلوك مفرط النشاط.

وقد تستفيد غالبية من الأطفال بصورة محدودة من العلاج النفسي طويل الأمد كون هذا الاضطراب لا يرجع أساساً لأسباب نفسية.

ويمكن للإجراءات العلاجية الأخرى غير العلاج السلوكي أن تكون مفيدة في حال كانت علاقة الطفل بالأسرة مضطربة بشدة، وذلك لمساعدة الأطفال من أجل التعامل مع مشكلاتهم النفسية التي تترافق مع هذا الاضطراب. وفي بعض الأحيان

يتمركز هدف العلاج النفسي إلى جعل الوالدين والآخرين يتفهمون الاضطراب بصورة أفضل وعلى تعليمهم طرق التعامل مع الطفل في الحياة اليومية.

5.2- مآل اضطراب فرط النشاط

على الرغم من أن اضطراب فرط النشاط ما زال اضطراباً غير قابل للشفاء حتى الآن إلا أن غالبية الأطفال يكونون قادرين فيما بعد على أن يعيشوا حياة طبيعية. إلا أنه هناك دلائل على أن حوالي ثلث الأطفال مفرطي النشاط وبشكل خاص أولئك الذين يتصف سلوكهم بالعدوانية يعانون في المستقبل من مشكلات السلوك المضاد للمجتمع ومشكلات جنائية.

وبعض الأطفال يحتاجون إلى علاج نفسي داعم طويل الأمد أو علاج دوائي أو كليهما معاً.

وقد أظهرت الدراسات أنه على الرغم من أن الأطفال مفرطي النشاط يعانون من صعوبات مدرسية، إلا أنهم لا يعانون من اضطرابات نفسية أكثر من الأطفال الآخرين. إلا أنهم يميلون للتشاؤم ونقص في الثقة بالنفس.

وكثير من المعنيين الذين عانوا من صعوبات مدرسية عندما كانوا صغاراً من الممكن أن يصبحوا ناجحين فيما بعد في حياتهم المهنية ويتميزون بدرجة عالية من الإنجاز. وغالباً ما يعوضون مزاجهم مفرط النشاط من خلال اختيارهم لنمط حياة يمكنهم أن يظلوا في حركة دائمة.

أما الراشدون الذين كانوا في طفولتهم مفرطي النشاط ولم يتم لديهم تشخيص هذا الاضطراب بصورة صحيحة أولم يتلقوا العلاج يمكن أن يعانون من صعوبات في الحياة؛ فهم يظلون غير هادئين ويسهل صرف انتباههم ومتقلبو المزاج ولا يستطيعون التركيز. ويمكن للعلاج الدوائي والنفسي أن يكون مفيداً سواء في سن الطفولة أو في سن الرشد.

وفيما يلي بعض النصائح التي تسهل التعامل مع الأطفال مفرطي النشاط:

- 1- امدح طفلك عندما يتصرف تصرفاً مقبولاً ، أي عندما يجلس بهدوء على سبيل المثال أو عندما يكتب وظيفته للنهائية.
- 2- كافئ الطفل واجعل من تجميع المكافآت الصغيرة لعبة أو مشروعاً. وبمجرد أن يجمع الطفل مجموعة متفق عليها من النقاط على سلوكه المقبول يحصل مقابلها على شيء ما مرغوب بالنسبة له.
- 3- ضع حدوداً لسلوك الطفل أو قوانين وتمسك بهذا.
- 4- حاول أن تصمم محيطاً مبنياً.
- 5- عبر عن حبك لطفلك على الرغم من أنك تستتكر بعض الأشياء التي يفعلها.
- 6- ساعد الطفل على إيجاد نشاط يستطيع من خلاله تفريغ طاقته الزائدة بشكل مكثف ، كالرياضة مثلاً.
- 7- ساعد الطفل في وظائفه المنزلية. قسم إنجازاته لوظائفه إلى خطوات صغيرة متسلسلة وامدحه وكافئه لإنجازه كل خطوة من الخطوات.
- 8- سيطر على ردود أفعالك وانفعالاتك. امنح نفسك استراحة عندما تشعر أنك ستفقد أعصابك.
- 9- تعرف على علامات الإنذار لنوبة غضب عند الطفل ولا تجعلها تتفاقم إذا حدثت.
- 10- شارك طفلك اهتماماته وهواياته المحببة وساعده على تحقيق خبرات النجاح وعلى أن يشعر بأنه قد أنجز شيئاً ما.
- 11- أكثر من الحديث مع طفلك حول مشكلاته السلوكية. تطرق للصعوبات بمجرد ظهورها.

3- العدوانية والعناد

يكون كل الأطفال تقريباً بين الحين والآخر صعبين. ويتميز كثير من الأطفال بالحيوية والنشاط وتتصف ألعابهم بالعنف والشدة في بعض الأحيان. ولكن

اضطرابات السلوك الاجتماعي والعناد المستمرة تسبب مشكلات وخيمة لدى الأطفال واليافعين. وتتطلب مثل هذه الاضطرابات مساعدة متخصصة.

1.3- اضطرابات السلوك الاجتماعي

الذين يوجد لديهم اضطراب السلوك الاجتماعي يعارضون باستمرار السلطة ويتسببون أو يستثيرون العراك والمقاتلة مع الأطفال الآخرين، ويسرقون ويكذبون. وبعضهم لا يندم أو يأسف على سلوكه غير المؤدب. ويمكن لهذا الاضطراب أن يسبب المعاناة للآخرين، على نحو عندما يعتدي هؤلاء الأطفال على الأطفال الآخرين أو عندما يحطمون أملاكهم. والهرب من المدرسة واحدة من أشكال السلوك اللااجتماعي.

تظهر الصعوبات لدى بعض الأطفال منذ سن الرابعة أو الخامسة من العمر على شكل نوبات الغضب المتطرفة أو العدوانية أو كليهما معاً. ولدى الأطفال في سن الثامنة يمكن أن تتجلى المشكلة من خلال المظاهر التالية: الكذب أو السرقة أو الهرب من المدرسة أو الوندلة (Vandalism)، أي التخريب المتعمد للممتلكات العامة. وفي سن ما قبل المراهقة يغلب هؤلاء الأطفال أن يجربوا العقاقير أو الجنس أو الكحول أو أنهم يهربون باستمرار من المنزل. وكل أشكال السلوك الاجتماعي المضطرب المذكورة تظهر لدى الذكور بصورة أكبر مما هو الأمر لدى الإناث.

مثال ذلك حالة الطفل مأمون الذي يعاني من اضطراب شديد في سلوكه الاجتماعي. فهو على الرغم من أن سنه لا زال يبلغ السابعة إلا أنه قد طرد خلال سنة واحدة ستة مرات من المدرسة. إنه يهرب من المعلمة ويضرب الأطفال الآخرين. إنه يخالف المنوعات ويمر بنوبات من الهياج أو الغضب إلى درجة أن تضطر المعلمة للإمساك به. أما في البيت فقد أشعل النار بفرش البيت وكسر زجاج منزل الجيران وهدد أطفالهم بالسكين.

2.3- الأسباب الممكنة لاضطراب السلوك الاجتماعي

يحقق الأطفال الذين يعانون من اضطرابات السلوك نتائج مدرسية سيئة،

يمكن أن تكون مترافقة في الوقت نفسه مع إعاقة عقلية وضعف في التعلم أو كلاهما معاً (أنظر لاحقاً). ويرى بعض المتخصصين أن أنماط السلوك العدواني وغير المناسب عند الأطفال الأكبر سناً عبارة عن ردة فعل على إحباطاتهم الناجمة عن صعوبات التعلم السابقة. غير أن دراسات حديثة لم تثبت هذه النظرية.

وتوجد دلائل على أن الاستعدادات الوراثية للعدوان والإهمال أو المراهقة للأطفال من قبل الوالدين مسؤولة عن اضطرابات السلوك الاجتماعي عند الأطفال فإذا كان للوالدان سلوكاً جنائياً أو مضاداً للمجتمع أو عقابياً فإن الاحتمال بأن يظهر هذا السلوك عند الأبناء وبشكل خاص الذكور منهم يكون كبيراً. ولكن ليس من الواضح فيما إذا كان هذا السلوك عند الأبناء نتيجة للعوامل الوراثية أم للعوامل التربوية. ولكن من الثابت أن ممارسات واتجاهات والدية معينة على نحو الإجراءات التأديبية غير الملائمة أو التقصير في مراقبة نشاطات الأطفال يمكن أن تسهم في نشوء هذا السلوك.

3.3- المجرى والعلاج

في 50% من الحالات تتحسن اضطرابات السلوك العدواني مع الزمن. ولكن في أغلب الحالات الفردية لا يمكن التنبؤ بالأطفال الذين سيتخلصون من سلوكهم العدواني وأيهم لا. ولهذا ينصح أن يتم علاج الأطفال الذين يظهرون اضطرابات السلوك الاجتماعي في سن المدرسة.

وتتبع أهمية المساعدة المتخصصة من أن السلوك العدواني يشير إلى وجود اضطرابات كثيرة في الطفولة أو أن السلوك العدواني يزداد سوءاً من خلال هذا الاضطرابات من بينها الاضطرابات الانفعالية واضطرابات الانتباه وفرط النشاط والإعاقة العقلية وضعف التعلم وسوء استخدام المواد. ويتعلق العلاج السليم للعدوانية بالتشخيص الدقيق.

يمكن للعلاج أن يكون صعباً بالنسبة للطفل الذي يثبت لديه اضطراب في السلوك الاجتماعي، وقد لا يكون نوع العلاج بحد ذاته كافياً وحده. ويمكن للعلاج السلوكي أن يكون مفيداً مع الأطفال صغار السن بشكل خاص. ويتم مع هؤلاء

الأطفال تنمية السلوك المرغوب من خلال المعززات الممتعة بالنسبة للطفل، وعلى الوالدين أن يستجيبوا للسلوك غير المرغوب بعدم الاهتمام والإهمال بدلاً من الاستجابة له ومحاولة منعه بالضرب أو التأنيب. وبدلاً من ذلك يمكن الاستجابة عن طريق إجراء "العزل"، أي إرسال الطفل إلى غرفته.

ويمكن استخدام العلاج النفسي ضمن المجموعة وبشكل خاص في الأقسام العلاجية المدرسية.

ويستجيب بعض الأطفال للعلاج بالأدوية بصورة جيدة، حيث ينخفض السلوك العدواني والاندفاعي لديهم. ومن الأدوية التي يتم وصفها في بعض الأحيان يمكن تعداد الأدوية المخففة للتشنج ومضادات الاكتئاب والمنشطات ومضادات الذهان والليثيوم.

وكثير من الأهل يعانون من صعوبات وإحباطات من العيش مع طفل عدواني وسلوك لا اجتماعي. أو يعانون من صعوبات في إتباع تعاليم المعالج النفسي ونصائحه. كما أن كثير من الأولاد مضطربو السلوك الاجتماعي ينشأ ضمن أسر يعاني فيها عدد من أفراد الأسرة من مشكلات وصراعات.

4.3- اضطراب في سلوك العناد والمعارضة

يعد الاضطراب المترافق مع سلوك عناد ومعارضة نمطاً من أنماط السلوك العدواني السلبي العنادي أقل وخامة من اضطرابات السلوك اللااجتماعي من ناحية أنه هنا لا يتم الاعتداء على حقوق الآخرين.

الأطفال المعارضون أو المعاندون هم أطفال محبوبو لمشاكسة الكبار في العادة، وغالباً ما يفقدون سيطرتهم على أنفسهم ويشتمون وغالباً ما يكونون غاضبين وعدوانيين ومن السهل أن ينزلقوا في الغضب من الآخرين. ويغلب أن يكون هؤلاء الأطفال معاندون للكبار أو للأتراب، الذين يعرفونهم جيداً. ولهذا فإن هذا النمط من السلوك أسوأ ما يكون في المنزل.

يتفق المتخصصون على أن هذا السلوك يظهر في الأسر التي لا يضع فيها

والوالدين حدوداً لمثل هذا السلوك. كما أن سلوك العناد والمعارضة منتشر بين الأطفال مفرطي النشاط، وفي هذا الحال يتحسن هذا السلوك من خلال معالجة اضطراب فرط النشاط.

ولدى الأطفال الذين لا يرجع سلوكهم المعاند والمعارض إلى فرط النشاط فإن العمل العلاجي يتمركز على الطفل والوالدين. حيث يتم تدريب الوالدين على وضع قوانين سلوك معينة واتخاذ إجراءات سلبية ضد الطفل في حال خرق هذه القوانين. ومن المهم هنا العمل مع الطفل والوالدين ذلك أن هذا النمط من السلوك يتأثر بالتفاعل بين الطفل ووالديه. وعلى جميع المشاركين بالعلاج فهم أهداف العلاج وأن يسهموا بدورهم في هذا من أجل تحقيق أفضل النتائج.

4- اضطرابات الإنجاز المدرسية

يمكن لبعض الأطفال أن يكونوا مرتفعي الذكاء، ومع ذلك فقد يعانون من ضعف معين في التعلم تجعل من الصعب عليهم اكتساب المهارات الأساسية كالقراءة والاستخدام الصحيح للغة الأم والحساب. ومن البديهي أنه توجد أسباب كثيرة لصعوبات التعلم. وكثير منها، بل أغلبها تظهر بصورة عابرة وتكون مؤقتة. وكثيراً ما يتمكن الطفل بمساعدة الوالدين والمعلم أن يتغلب على مشكلات التعلم لديه دون أن تكون لذلك عواقب وخيمة تذكر.

ولكن بعض الأطفال يعانون من اضطرابات في التعلم. وتكون مشكلاتهم شديدة ويحتاجون للمساعدة المتخصصة والتنمية المكثفة من أجل تحقيق تحسن في تعلمهم. وبعض الأطفال لا يتغلبون كلية على اضطراباتهم في التعلم كلية.

1.4- الأسباب

لا يوجد حتى الآن معرفة بالأسباب الكامنة خلف اضطرابات الإنجاز المدرسية، على الرغم من أن الشك يدور حول شذوذات عصبية لأن كثير من الأطفال مضطربو التعلم يعانون - وإن كانوا ليسوا جميعاً - مشكلات عصبية في المجال الحركي أو اللغوي على سبيل المثال. والأطفال الذين يعانون من اضطرابات عصبية

كالشلل الدماغي cerebral paseses والصرع أو الأطفال الذين يعانون من إصابات في الجمجمة، يغلب أن يعانون من اضطرابات تعلم. وكذلك الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط والذين يخمن وجود أسباب عصبية كامنة خلف هذا الاضطراب، يغلب أن يعانون من اضطرابات التعلم. ويشبه الأطفال الذين يعانون من اضطرابات التعلم الأطفال مفرطي النشاط من ناحية نقص الكفاءة الاجتماعية وضيق مساحة التركيز وسلوكهم بلا هدف وأحياناً يكونون أقل تحملاً للمسؤولية من أترابهم.

إلا أنه حتى الآن لا يتوفر الإثبات للعلاقة الكامنة خلف اضطرابات ضعف التعلم وشذوذات عصبية نوعية. إذ لم يتمكن العلماء حتى الآن من خلال استخدام تقنية التخطيط الدماغي المدعم بالكمبيوتر (الطبقي المحوري) من اكتشاف فروق بين أدمغة الأطفال الذين لا يعانون من اضطرابات الإنجاز والذين يعانون، على الرغم من أنه بمساعدة تقنيات التصوير الحديثة كالتصوير الدماغي بقذف البوزوترونات Positrons-emissions-topography، يمكن أن يصل العلماء يوماً ما من تحديد كيف وأين تنشأ اضطرابات التعلم. وتشير نتائج دراسات حديثة ما زالت في طور التنفيذ إلى أن بعض الذين يعانون من اضطرابات التعلم يعانون من أضرار في المنظومة البصرية والسمعية ويعانون من صعوبات في التمثل الصحيح للمعلومات. وعلى الرغم من الإشارة إلى عوامل التغذية كذلك إلا أنه لم يتم التمكن حتى الآن من إثبات هذا علمياً. ومن الممكن أن تسهم أخطاء التغذية ومشكلات في البصر والسمع في نشوء اضطرابات التعلم غير أنها ليست وحدها هي السبب الرئيسي.

ويتكرر ظهور اضطرابات التعلم في بعض الأسر وتظهر لدى التوائم غير السيامية، وأكثر عند التوائم السيامية، الأمر الذي يشير إلى وجود عوامل وراثية وبعض الباحثين يعززون اضطرابات التعلم المنتشرة لدى بعض الأسر إلى مورث وعين، غير أن نتائج الدراسات في هذا المجال ما زالت غير قطعية. وفي حالات أخرى يمكن للأضرار الدماغية قبل أو بعد الولادة أن تسهم في اضطرابات التعلم. بالإضافة إلى وجود عاملين يشك العلماء بهما وهما والوزن الضعيف عند الولادة وتدخين الأم.

وعلى الرغم من أنه من غير المعروف فيما إذا كان الاكتئاب يتسبب في

اضطرابات التعلم، فإنه مما لا شك فيه أن الاكتئاب يعززها. فمشاعر الفشل والإخفاق والإحباط والقلق عند الطفل الناجمة عن عدم قدرته على مواجهة مطالب المدرسة يمكنها أن تعيقه عن مواجهة إعاقته والتغلب عليها. ولكن لا بد من الانتباه إلى أن الاكتئاب يسبب أعراضاً تشبه أعراض اضطرابات التعلم مثل صعوبات التركيز. ويمكن للمشكلات النفسية أو الإرهاقات المتطرفة أن تعيق بعض الأطفال عن التعلم المناسب. ومن هنا ينبغي إجراء تشخيص دقيق من أجل تقرير العلاج المناسب.

2.4- اضطرابات القراءة المتعلقة بالنمو

تعد اضطرابات القراءة من أكثر اضطرابات التعلم ملاحظة والتي تنجم عنها كذلك غالبية المشكلات.

فمن أجل تعلم القراءة على الأطفال أن يكونوا قادرين على تحديد وتمييز الكلمات المطبوعة بطرق مختلفة، أي من خلال التعرف البصري على الكلمة ككل، ومن خلال فهم معنى الكلمة والسياق الموجودة فيه هذه الكلمة في الجملة ومن خلال تقسيم الكلمة إلى حروف أو إلى وحدات صغيرة (الفونيمية (Phoneme)⁽¹⁾) ومن خلال النطق. وتعد مشكلات القراءة التي يعاني منها حتى الأطفال العاديون، نتيجة لقصور في واحدة أو أكثر من الوظائف المذكورة أعلاه.

كانت تطلق في السابق تسمية الليغاستثانيا Legasthenia التي افترض العلماء بأنها عبارة عن مشكلة التعرف على الكلمة. وقد اعتبر العلماء في السابق أن الليغاستثانيا تتصف بسمتين مرتبطتان مع بعضهما لهذا الاضطراب المركب، الأولى هي "الكتابة المعكوسة"، حيث يتم إدراك أحرف الكلمة بتسلسل معكوس (سلج بدلاً من جلس) والثانية هي قلب الأحرف (في اللغات اللاتينية حرف d بدلاً من b). وقد اعتبر العلماء لفترة طويلة أن سبب هذه المشكلة يرجع إلى وجود تضرر في النمو الحسي في المجال البصري. وقد اعتقدوا أن الأطفال لا يستطيعون رؤية الفرق بين حرفي d و b.

(1) (phoneme) الفونيمية: إحدى وحدات الكلام الصغرى التي تساعد على تمييز نطق لفظة ما عن نطق لفظة أخرى في لغة أو لهجة (مثلاً: الـ p في pin والـ f في fin هما فونيمتان مختلفتان).

وفي هذا الأثناء يعتقد غالبية المتخصصون أن اضطرابات القراءة ترجع إلى قصور مركب. فالمشكلة ليست في أن الأطفال يسمعون أو يرون الأحرف بطريقة معكوسة، وإنما هم لا يستطيعون ربط الرموز بطريقة صحيحة.

ومن الممكن كذلك أن يعاني الأطفال الذين يعانون من اضطرابات القراءة من قصور نوعي في الذاكرة بالنسبة للكلام. فالأطفال الذين يبدلون بين "روح وحر" على سبيل المثال ربما يعانون من صعوبة في استدعاء المعلومات المتعلقة باللغة من ذاكرتهم، في حين أنهم من ناحية أخرى يتذكرون بكل سهولة نتائج مباريات كرة القدم في السنة الماضية. وقد أظهرت دراسات أن القارئون السيئون يستطيعون الاحتفاظ بالرموز التي لا معنى لها بشكل جيد تماماً مثل الأطفال العاديون. ولكن عندما يتعلق الأمر بالرموز المتعلقة بالكلمات فإن الأطفال مضطربو القراءة يكونون أسوأ من أترابهم العاديين.

وبشكل عما يتعلم الأطفال مضطربو القراءة قراءة الكلمات بشكل أبطأ من أترابهم ويكون فهمهم للمقروء أسوأ ويعانون من مشكلات في الإملاء orthography. وكثير منهم يعانون من صعوبات بالتعبير الخطي والشفوي، بما في ذلك خط اليد غير المقروء والاستخدام الخاطئ للقواعد وتركيب العبارات، وبعض الأطفال يعانون من مشكلات تنسيق. وتظهر اضطرابات القراءة عند الأطفال الذين يعانون من مشكلات في الانتباه واضطرابات السلوك الاجتماعي. ويعاني الأطفال الذكور من اضطرابات القراءة أكثر من البنات بثلاث أو عشر مرات.

3.4- تشخيص اضطرابات القراءة واضطرابات التعلم الأخرى

من أجل تشخيص اضطرابات القراءة لا بد بداية من أن يكون مستوى القراءة عند الطفل أقل من مستوى ذكاءه بدرجة كبيرة. وتعد الاختبارات النفسية ضرورية لتشخيص الاضطراب. أما رأي المعلمين أو الوالدين أو طبيب الأطفال فلا يعد كافياً لتشخيص الاضطراب. وتوجد مجموعة من الاختبارات النفسية المستخدمة لتشخيص الاضطراب.

ويمكن للمشكلات النفسية كالاكتئاب أو القلق أن تؤثر على دافعية أو

تركيز الطفل وتلحق الضرر بإنجاز الأطفال. كما أن ضعف السمع والبصر يمكن أن يجعل من التعلم صعباً. ومن ثم فالفحص النفسي والجسدي المتعمق لا بد منه من أجل تحديد طبيعة صعوبات الطفل.

وعند طرح التشخيص ينبغي إرسال الطفل إلى مؤسسات خاصة يديرها متخصصون.

فإذا اختار الوالدان مساعدة خاصة (تدريس خصوصي) عليهما أن يأخذا بعين الاعتبار عاملين: الأول على الوالدان أن يكونا مقتنعين أن الطفل يحب معلمه، ذلك أن الدرس الخصوصي مرهق للطفل ويصبح مملاً له. والثاني لا بد أن يكون المعلم مؤهلاً تأهيلاً إضافياً في معالجة اضطرابات الكلام. ويسعى بعض المتخصصون إلى تحسين المهارات الحركية للأطفال من خلال جعل الأطفال يرسمون أو يطبعون رموزاً مختلفة بتسلسل. وتقول النظرية الكامنة خلف هذه الطريقة إن تقوية هذه المهارات ومن ثم الوظائف الدماغية الضرورية للسيطرة عليها ستقود في النهاية لتحسن القدرة على القراءة. ولكن من الأفضل أن يحتل التدريب المباشر على القراءة وتعليم الطفل قواعد اللغة الأولوية.

في بعض الحالات يرجع سبب اضطرابات القراءة إلى وجود مشكلات نفسية. وهنا يستطيع العلاج النفسي أن يساعد على إزالة هذه العقبة. ولكن على الرغم من أن هذا الإجراء مفيد في حالات منفردة لا يوجد دلائل على أن العلاج النفسي قد يساعد كل الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في القراءة.

وتوجد تقنية أثبتت صلاحيتها مع كثير من الأطفال تتمثل في تدريبهم على ربط الأصوات والوحدات الصوتية الصغيرة (كالحرف) برموزها الخطية وترتيب هذه الأصوات أو الوحدات الصوتية الصغيرة بعد ذلك في كلمات مع بعضها البعض. وتقول النظرية الكامنة خلف هذه "التقنية الصوتية أو اللفظية" "Phonetically Technique" أن الأطفال لا يستطيعون تعلم القراءة لأنهم لا يستطيعون ربط الأصوات مع الأحرف والكلمات. ويوجد بديل آخر يتألف من تعلم معاني الكلمات ضمن سياق الجمل. وغالبية المعلمين يستخدمون عدداً كبيراً من الطرق التي تتلاءم مع الحاجات الخاصة للطفل.

ويمكن لتعلم القراءة أن يكون بالنسبة للطفل مضطرب القراءة عملية صعبة ومديدة. ولم تستطع الدراسات العلمية حتى الآن الوصول إلى إثبات أن طريقة ما أفضل من غيرها. ولا يوجد حتى الآن كذلك أي دليل على أن الأدوية أو الفيتامينات أو الحماية الخاصة تحقق تقدماً أو نجاحاً ما. إلا أنه من خلال التدريب المنهجي يمكن تحقيق تقدم، على الرغم من أنه من المحتمل ألا يستطيع الأطفال الوصول إلى سرعة طبيعية في القراءة.

4.4- مآل اضطرابات القراءة واضطرابات التعلم الأخرى

إذا تمكن الوالدان والمعلمون من التعرف في وقت مبكر على اضطرابات التعلم وبدءوا بالعلاج مبكراً، يكون للطفل فرصة طيبة لاكتساب المهارات الضرورية في مجرى الوقت، وبشكل خاص أولئك الذين يكون اضطرابهم طفيفاً. وتتعلق نتيجة المساعدة الإضافية التي يتم تقديمها للطفل بمستوى ذكائه ونوعية العلاج ومواجهة المضاعفات النفسية الناجمة عن اضطراب التعلم لدى الطفل. ومن هذه المضاعفات يمكن تعداد إحباط الطفل نتيجة عجزه عن مواجهة المادة ورفضه للمدرسة والعداونية والسلوك المعارض والانسحاب الاجتماعي والهرب من المدرسة وانخفاض احترام الذات وتقديرها لأنه يعتبر نفسه "غيباً".

ومن أجل مساعدة الأطفال مضطربي التعلم كي لا تفتر همتهم في التعلم من المهم للوالدين أن يهتموا بالخطوات التي يتقدم فيها ابنهم ويدعمونه من خلال المساعدة بدلاً من انتقاده على فشله.

يتعلم الأطفال الأذكياء جداً الذين يعانون من اضطرابات تعلم تعويض مشكلاتهم. بعضهم يبرز في مجالات أخرى؛ وبعضهم الآخر يتمرن بنشاط واجتهاد أكثر وأطول من الأطفال الآخرين. والنتيجة أن حياتهم لا تتضرر بسبب ضعفهم.

وتوجد مجموعة من الشخصيات المشهورة التي تغلب على اضطرابات التعلم لديها، وحققوا في الحياة نجاحاً عظيماً كألبيرت آينشتاين.

ومع ذلك هناك دلائل على أن بعض الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعلم

يعانون من صعوبات في حياتهم المهنية وكثير منهم يختارون حياة مهنية لا تتطلب التأهيل. وعلى الرغم من المعوقات الشديدة فإنه ليس بالضرورة أن يعاني الأشخاص لاحقاً من مشكلات نفسية. مازال تشخيص اضطرابات التعلم في كثير من أقطار الوطن العربي متخلفاً، وقلمما يتوفر متخصصون قادرين على تشخيص اضطرابات التعلم. ويغلب أن يعاني الأطفال والأهل من اضطرابهم، ليس من النادر أن يتم تشخيصهم في بعض الأحيان على أنهم يعانون من درجة ما من درجات الإعاقة العقلية.

5- اضطرابات القلق

تعرضنا سابقاً إلى أن الأطفال الصغار جداً يستجيبون بقلق وخوف للأخطار الواقعية والمتخيلة الموجودة في محيطهم الذي يستكشفونه شيئاً فشيئاً. ولا يمكن أن نعتبر هذا الأمر دلالة لاضطراب معين إلا إذا توفرت بعض المعايير التي أشرنا إليها في أكثر من مكان. ولكن عندما تستمر هذه المخاوف إلى مرحلة المدرسة الابتدائية فقد يكون ذلك مؤشراً لضرورة الاستشارة النفسية.

1.5- اضطراب قلق الانفصال

يتم طرح تشخيص اضطراب قلق الانفصال لدى الطفل في سن المدرسة الابتدائية عند ملاحظة الأعراض التالية:

- 1- يخاف الطفل من ترك والديه أو من البقاء وحده.
- 2- لا يستطيع الطفل الذهاب وحده للسريـر ويصر أن ينام مع والديه.
- 3- تكرار الكوابيس.
- 4- الخوف من الظلام.
- 5- تكرار ظهور أعراض جسدية، كأوجاع البطن والصداع وأوجاع البطن.

كما أن هؤلاء الأطفال يحسون بحاجة مستمرة لديهم لمعرفة أين يوجد والديهم في كل لحظة، وبعضهم يريد الاتصال من المدرسة بالديه، وبعضهم يمتنع عن الذهاب للمدرسة (قلق المدرسة). وعند مغادرة الطفل للمنزل يمتنع الطفل عن

التواصل الاجتماعي ويصبحون باردي الشعور وحزينين ولا يكونوا قادرين على التركيز على المدرسة أو اللعب. وفي بعض الأحيان يصبح الأولاد عنيفون تجاه الأشخاص الذين يجبرونهم على الانفصال.

ويغلب للأطفال الذين يعانون من اضطراب قلق الانفصال أن يعانون من اضطرابات انفعالية. ومن أفضل طرق العلاج فاعلية العمل مع الطفل والوالدين من أجل مساعدة الطفل التغلب على المخاوف غير الواقعية ورفع مشاعر الاستقلالية والكفاءة لديه.. ويعد العلاج السلوكي في هذا النوع من الاضطراب فاعلاً. ولدى الأطفال الذين يستمر لديهم اضطراب قلق الانفصال على الرغم من العلاج يمكن أن يتم علاجه لفترة قصيرة بالأدوية المهدئة أو مضادات الاكتئاب. إلا أنه علينا أن نكون حذرين عند استخدام مضادات الاكتئاب بسبب التأثيرات الجانبية من ضمنها النعاس وجفاف الفم.

2.5- القلق الاجتماعي (الخوف الاجتماعي)

يوجد نوعان من المخاوف الاجتماعية التي يمكن أن تظهر في الطفولة واليفوع: الأول هو الخوف الخاص من تقديم النفس للآخرين والثاني قلق عام من كل المواقف الاجتماعية. وجوهر كلا الاضطرابين عبارة عن خوف معند من التعرض النظرات الحرجة (الانتقادية) للآخرين أو أن يوضع الإنسان أمام الناس في موقف محرج أو مخجل أو مهين.

والأطفال الذين يخافون التحدث أمام الآخرين يمكن أن يتوقفوا فجأة في وسط الجملة ولا يستطيعون متابعة الحديث، ويظل الطعام عالقاً في البلعوم عندما يأكلون أمام الآخرين، ويكونوا غير قادرين على التبول في الحمامات العامة أمام الآخرين، أو يبدؤون بالارتجاف إذا ما كان عليهم أن يقوموا بالكتابة أمام شخص ما. والأطفال الذين يخافون من المواقف الاجتماعية يشعرون في حضور الغرباء بالإزعاج والضيق ويتجنبون زيارة الحفلات والمشاركة في الأعياد والمناسبات الاجتماعية.

وكما هو الحال في المخاوف الاجتماعية عند الكبار فإن الأطفال يدركون في الغالب على أن خوفهم لا عقلاني أو غير منطقي أو غير مبرر إلا أنهم يشعرون بأنهم

مستسلمون لهذا الخوف لا حيلة لهم فيه. وتزداد المشكلة سوءاً مع الزمن من خلال الخوف الدائم من المواقف الاجتماعية المستقبلية.

ويمكن للعلاج السلوكي أن يكون مفيداً في كثير من الحالات، حيث تتم مواجهة الأطفال مع مخاوفهم في إطار موقف مضبوط. إلا أن كثير من الأطفال يتردد من هذه الطريقة في العلاج لأنها يمكن أن ترهقهم. ويمكن للطرق العلاجية السلوكية التي تساعد الطفل على تنمية مهاراته من خلال مشاركته باللعب والتحدث مع الأطفال الآخرين بصورة متبادلة (بالدور) أن تقود لتخفيض العزلة الاجتماعية وتجعل الطفل قادراً على تحسين اتصالاته بالأطفال الآخرين. أما مع الأطفال الذين يبدو أن خوفهم الاجتماعي ناجم عن ضعف في مشاعر القيمة الذاتية فقد برهنت تدريبات الثقة بالنفس والتدريبات الفردية وضمن مجموعات صغيرة على الألعاب السويدية والجمباز.

3.5- اضطراب فرط القلق

الأطفال مفرطو القلق يقلقون أو يخافون من كل شيء ويعانون من الارتباك والحيرة ويحتاجون إلى الكثير من التشجيع المهدئ ويغلب ألا يكونوا قادرين على الاسترخاء.

ويمكن لكل مظهر من مظاهر حياتهم أن يسبب لهم القلق والخوف: دراستهم مظهرهم، خروجهم، ظهورهم في المواقف الاجتماعية، فيما إذا كانوا يحققون الآن أو في المستقبل توقعات والديهم أو معلمهم، بل وحتى سلوكهم الماضي.

وعلى الرغم من أنه يمكن لمثل هذه المخاوف أن تظهر في حياة كل طفل في أية مرحلة من مراحل الحياة، إلا أنها تتميز عند الأطفال مفرطو القلق دائمة ومستمرة. ويمكن للأعراض أن تتجلى على شكل أعراض جسدية كالصداع وأوجاع البطن والغثيان أو الإقياء.

يغلب أن يكون الوالدين مفرطاً الخوف. وهذان يعلمان أو يورثان الخوف بدورهما لطفلهما. كما يغلب أن يتعرض الأطفال مفرطو القلق إلى ضغط إنجاز من والديهم؛ وقد لا يدرك الوالدين أنهم يعرضون ابنهم لمطالب مرتفعة جداً.

يحتاج الأطفال الذين يستمر القلق المفرط لديهم لمدة أكثر من ستة أشهر يحتاجون إلى فحص وتشخيص وربما معالجة بالعلاج النفسي الداعم أو العلاج السلوكي. كما يمكن للوالدين مفرطاً القلق أن يستفيدا من العلاج. وعندما يستطيع الوالدان من التخفيف من قلقهما أو التخلص منه يكونان بهذا قد قدما خدمة لطفلهما في الوقت نفسه.

6- الاضطرابات الانفعالية في سن المدرسة

تعد التآرجحات العابرة الحاصلة في المزاج أمراً طبيعياً عند كل البشر. غير أن الأطوار الطويلة من الحزن (الاكتئاب) التي تستمر لأكثر من أسبوعين متواصلين، أو المزاج المرتفع (الهوس) ليست أمراً طبيعياً ومن ثم ينبغي تقويمها من قبل متخصصين في هذا المجال.

1.6- الأعراض

ليس من السهل تحديد متى يكون الأطفال الصغار مكتئبون، لأنه يصعب عليهم إيجاد الكلمات المناسبة للتعبير عن مشاعرهم بصورة صحيحة. غالباً ما يصف الأطفال المكتئبون مشاعرهم بأهم يشعرون بالملل، وبالفعل فإن تصرفاتهم تعبر عن الملل. ويبدو الأطفال وكأنهم لا يستمتعون بنشاطاتهم التي كانت حتى الآن تسعدهم وتسهرهم، سواء كان التلفزيون أو اللعب بالألعاب التي يفضلونها أو الانشغال بالهوايات. وقد يتجنبون كذلك اللعب مع الأصدقاء ويفضلون البقاء في البيت. ويمكن أن يكونوا سريعى الاستثارة ومتبرمون وينسحبون، وينفجرون في البكاء دون سبب واضح.

يغلب للأطفال المكتئبون أن يكونوا ناقدين لأنفسهم بصورة متطرفة. وبعضهم يفكر بالموت، على الرغم من أن الاكتئاب قَلما تقود للانتحار قبل المراهقة. ويبدو عليهم الخمول والكسل وينامون كثيراً. ويمكن أن تتبدل شهيتهم؛ حيث يصبح طعامهم فجأة أكثر أو أقل مما هو معتاد.

وبعد طور من الاكتئاب قد تظهر لدى بعض الأطفال حالة من التحمس المفاجئ تجاه الحياة، حيث تظهر عليهم فجأة الثقة الزائدة بالنفس والاجتماعية والطاقة. وفي حال استمر تأرجح المزاج هذا لأكثر من أسبوع أو اثنين فإنه يمكن أن تكون حالة غير طبيعية من الهوس. فالطفل الذي كان قبل ذلك خاملاً ومتكاسلاً يصبح فجأة كثير الحركة ومفرط الكلام وقد لا يستطيع النوم. وفي هذه المرحلة من اليقظة والطاقة قد يصبح الطفل سهل الاستثارة وغير صبور ويشتم الآخرين دون أن يكونوا قد أثاروه أو تحدوه.

وقد يعتقد الوالدان وأطباء الأطفال أن الطفل يعاني من فرط النشاط. ولكن علينا الانتباه إلى أن فرط النشاط يبدأ عادة في السنوات المبكرة جداً من العمر في حين أن التبدل الدراماتيكي في المزاج يكون شديد الاختلاف عن نمط السلوك القديم المألوف عند الطفل.

2.6- الأسباب

ترجع أسباب الاضطرابات الانفعالية في سن الطفولة مثلها مثل الاضطرابات الانفعالية عند الكبار إلى توليف بين بنية constitution الطفل وظروف حياته. ويمكن للاكتئاب أن تثار من خلال فقدان من نوع ما كموت أحد الوالدين أو الطلاق أو الأمراض الجدية أو تغيير السكن. وتوجد دلائل على أنه من الممكن لبعض الأطفال يستجيبون بحساسية أكبر لفقدان من أطفال آخرين وأن يكون لديهم استعداد بيولوجي للإصابة بالاضطرابات الانفعالية. وعلى الرغم من تكرار ظهور الاضطرابات الانفعالية في أسر معينة فإنه ليس بالضروري أن يحكم على أطفال الوالدين المكتئبين بالإصابة بالاكتئاب.

3.6- العلاج

بسبب عدم وجود دراسات طويلة على الأطفال الذين يعانون من اضطرابات انفعالية فإنه ليس من المؤكد ما هي الأشكال العلاجية الفعالية مع هذا النوع من الاضطراب عند الأطفال. ففي حال كان مزاج الطفل ردة فعل على مشكلة ما في

محيطه، فإنه يحتمل للعلاج النفسي أن يساعد الطفل على التغلب على ما يضايقه أو التعلم أن يعيش مع هذه المشكلة. وأحياناً يستجيب الأطفال في سن المدرسة بغضب أو حزن عندما تخطف منهم الأمراض أو الإرهاقات الاجتماعية النفسية الاعتراف الوالدي أو النشاطات المألوفة. ويمكن للعلاج الأسري أن يدفع الأسرة إلى مواجهة الصعوبات التي تصعب الحياة على الطفل، ويمكن للعلاج الفردي أن يساعد الطفل على الشعور بالتقبل والتقدير.

يقوم بعض أطباء الأطفال والأطباء النفسيون بوصف مضادات الاكتئاب أو الليثيوم للأطفال وفي الوقت نفسه ينصحون بالعلاج الفردي والأسري من أجل التخلص من أعراض الاضطراب الانفعالي.

7- الفصام في سن الطفولة واليفوق

من النادر جداً أن يظهر الفصام في سن الطفولة وعادة يبدأ في سن المراهقة وسن الرشد المبكر. في الماضي كان يطلق على الأعراض التي تتصف بعدم إمكانية التكلم مع الطفل وعلى الطفل المنسحب إلى ذاته والمنغلق عليها وأعراض عدم القدرة على السيطرة على الحركات النمطية التكرارية والتي تظهر في سن السنتين من العمر تقريباً، كان يطلق عليها تشخيص الفصام الطفولي. أما اليوم فإن هذه الأعراض تطلق عليها تسمية اضطرابات النمو عميقة الأثر أو الانغلاق (الأوتزمية (Autism).

وغالبية الأطفال الذين يصابون بالفصام في سن ما قبل المراهقة يكونون من الذكور. ويمكن لأعراض الفصام أن تظهر في سن الخمس سنوات، ولكن هذا الأمر غير مألوف وقليل الملاحظة. في غالبية الحالات يظهر المرض في سن العاشرة وما حول. وعلى الرغم من أن الأعراض لدى الأطفال والراشدين واحدة بما في ذلك اضطرابات التفكير والتصورات الهذيانية والأهلاس وعدم القدرة الواضحة على تدبر أمور الحياة اليومية، إلا أنه يصعب جداً تصنيف الأعراض عند الأطفال الصغار. فالتصورات الهذيانية على نحو التفكير بأن الحشرات تنخر في الجسد، والأهلاس، على نحو سماع الأصوات يمكن أن تختلط كثيراً مع خيالات الأطفال. كما أن

الأهلاس الحقيقية تظهر لدى الأطفال الصغار من خلال الاضطرابات العضوية على نحو الارتفاع الشديد في الحرارة.

1.7- الأسباب

كما أسلفنا في الفصل المتعلق بالفصام توجد دلائل على وجود استعداد وراثي وتضررات دماغية تسهم في حدوث الفصامات. وقلما يعتقد الخبراء اليوم أن الاضطراب يتسبب من خلال أخطاء التربية الوالدية. إلا أن نمط التربية يمكنه أن يزيد خبرات الأطفال المعنيين سوءاً أو يمكنه أن يخفف منها. فالأطفال الذين يمتلكون الاستعداد يحتاجون إلى محيط هادئ ومحمي يطرح عليهم أدنى حد من المتطلبات. فقد أظهرت الدراسات أن الأطفال الفصاميون يتدبرون أمورهم بشكل أفضل في الأسر التي تتوفر فيها جو متوازن ومتفتح وغير مرهق بالصراعات.

2.7- العلاج

يمكن التأثير على الفصامات بدرجة كبيرة إذا تم التدخل في وقت مبكر. فمن خلال التدخل المبكر يمكن جعل بعض المعنيين قادرين على إدارة حياة طبيعية. وكما هو الحال عند الراشدين ينبغي تغيير العلاج حسب المريض. وبشكل دائم يتم استخدام توليفة من العلاج الدوائي مع العلاج النفسي الداعم والتوجيه المدرسي الملأئم وتوجيه الوالدين إضافة إلى العلاج الأسري.

8- تبلييل الفراش

يمكن لمشكلات التبول وتفرغ الأمعاء Enuresis nocturna، التي سبق وتعرضنا لها في فصل المشكلات والاضطرابات في سن ما قبل المدرسة، أن تكون إشكالية بالنسبة للوالدين والأطفال في سن المدرسة. فمن الطبيعي أن يبلل الرضيع ثيابه. ومع الزمن يتعلم الطفل ضبط المثانة واستخدام التواليت. وتوجد فروق كبيرة بين الأطفال في هذا الأمر. ولكن يتفق الأطباء على أن البنات في سن الخامسة والصبيان في سن السادسة يصبحون قادرين على التحكم أثناء النوم بالتبول.

وتبلييل الفراش أمر محرج ومخجل ومرهق. وعلينا عدم اعتبار الأمر طبيعياً فقط لمجرد أنه واسع الانتشار. فلدى حوالي 15% من البنات في سن الخامسة و 7% من الصبيان في سنا لسادسة يحصل بين الحين والآخر تبلييل للفراش. ويختفي تبلييل الفراش مثله مثل القلق الليلي وتقلب النوم قبل المراهقة من تلقاء نفسه، سواء عولج أم لم يعالج. وتظل نسبة ضئيلة تبلغ حوالي 1% من البالغين تعاني من هذه المشكلة. وبما أنه حتى الآن من غير الممكن التنبؤ فيما إذا كان تبلييل الفراش سيتوقف من تلقاء نفسه أم سيستمر وبما أن الاضطراب يستجيب بصورة جيدة للعلاج ينبغي الحصول على العلاج المتخصص إذا استمر تبلييل الفراش إلى ما بعد سن السابعة.

وفي حالة التبلييل الأساسي أو الأولي Primary enuresis يوجد دائماً مركباً وراثياً على ما يبدو. ففي 50% من الأطفال المعنيين كان على الأقل واحد من الوالدين أو الأخوة يعاني من تبلييل الفراش. ولدى التوائم الشقيقة (السيامية) يكون احتمال أن يبيل كلا الشقيقتين الفراش ضعف الأخوة الآخرين. وفي الأسر التي يتكرر ظهور تبلييل الفراش فيها تكثر كذلك ملاحظة المخاوف الليلية والنوم المتقلب.

ويترافق تبلييل الفراش لدى البنات بوجود التهابات في المجاري البولية. أما لدى الصبيان فالنسبة أقل. وينصح عادة بإجراء فحص للمجاري البولية للأطفال في كل الأحوال من أجل اكتشاف وجود التهابات من نوع ما.

يتوقف جميع الأطفال تقريباً عن تبلييل الفراش مع التقدم في السن. إلا أنه من المفضل إجراء علاج نفسي بسبب العواقب النفسية والاجتماعية المترافقة مع تبلييل الفراش. وعلى الوالدين أن يتذكرا بأن الطفل الذي يبيل فراشه لا يستطيع أن يساعد نفسه. وعقاب الطفل أو اتهامه وبشكل خاص عندما يترافق تبلييل الفراش مع صراعات نفسية لا يزيد سوى الإرهاق الذي يكون الطفل بالأصل معرضاً له. ومن الأفضل أن يهدئ المر الطفل ويطمئنه بأن هذا الأمر "طبيعياً" وأنه ليس "شاذاً".

ويستطيع الوالدين أن يساعدا طفلهما من خلال مدحه في الليالي الجافة. ويغلب أن يتمكن الطفل من السيطرة على مشكلته من خلال إتباع التوجيهات الطبية وتجنب حدوث صدمة.

ويعد استخدام جرس التنبيه طريقة علاج فاعلة. وفيها يحمل الطفل أثناء الليل جهازاً صغيراً موصولاً بشيابه الداخلية، يحدث صوتاً عند تبليل الثياب. ويتعلم حوالي الثلثين من الأطفال بعد فترة زمنية، الاستيقاظ والذهاب للتواليت أثناء الليل. وعلى الوالدين أن يعرفوا أن العلاج قد يستمر لأكثر من شهر. عليهم ألا يتوقفوا عن العلاج مبكراً، لأنه العلاج لم يظهر نتيجة بعد. وفي حال عدم ظهور أية نتائج بعد أكثر من شهر على الوالدين اللجوء إلى متخصص. وبشكل عام لا بد من أن يجري العلاج تحت إشراف معالج نفسي متخصص.

بالإضافة إلى ذلك يمكن استخدام أدوية لتقوية عضلات المثانة، أو لتخفيض كمية البول المطروحة في الليل. وفي حال عودة الاضطراب بعد شهر أو شهرين لا بد من استخدام جرس التنبيه. يمكن للأدوية أن تكون مفيدة في مناسبات معينة فقط على نحو عندما يضطر الطفل للبقاء خارج المنزل في نهاية الأسبوع أو عندما يكون في معسكر صيفي.

الفصل الحادي عشر

المراهقة بين السواء واللاسواء

1- مدخل

المقصود بمفهوم المراهقة تلك المرحلة من العمر الواقعة بين البلوغ وسن الثامنة عشر. وكثير من الباحثين يطلقون هذا المفهوم حتى بداية سنوات الأولى من العشرينيات. وتبدأ هذه المرحلة مع التغيرات الجسدية للبلوغ التي تعلن نهاية الطفولة. وتعد المراهقة منتهية عندما يتولى الفرد دور الراشد أي مثلاً عندما يبدأ بممارسة عمل يتيح له الاستقلالية أو عندما يتزوج.

وقد أطلق المحلل النفسي إريك إيريكسون على مرحلة المراهقة "أزمة النمو" الضرورية. ويرى إيريكسون أن هذه المرحلة تعد مرحلة إيجاد الهوية. ومن ضمن متطلبات هذه المرحلة الانتماء لمجموعة من الأتراب والاستقلال عن الأسرة وتخطيط المستقبل والنضج نحو الحب والحميمية.

كما يشير إيريكسون كذلك إلى بحث اليافعين نحو الثقة، أي القدرة على الثقة بشخص ما بصورة كلية. ويرى إيريكسون أن إيجاد الذات والخطر من فقدانها لا يرتبط في أي مرحلة من مراحل الحياة كما يرتبطان في المراهقة.

ومرحلة المراهقة هي مرحلة الفوران والغليان. إنها مرحلة التحول النفسي العميق تقود إلى تبدلات مزاجية وتفكير وثاب والتمرد. ويرى كثير من الباحثين أن هذه المرحلة من الفوران والغليان ليست من مميزات النمو السوي فحسب بل لا بد منها. وترى المحللة النفسية المتخصصة بالأطفال أنا فرويد، ابنة سيجموند فرويد أن

اليافعين الذين لا يمرون بمرحلة فوران وغليان يصعب عليهم التحرر من والديهم وتنمية مشاعر بالهوية الذاتية.

وقد قام مؤخراً باحثون مثل دانييل أوفر Daniel Offer، باختبار هذه الفرضية، ووجد في دراسة على آلاف من طالبات المرحلة الإعدادية والثانوية بأن غالبيةهن كن راضيات وسعيدات بالحياة ولم يعانين من صراعات كبيرة مع أسرهن بشكل عام.

غير أن أقلية كبيرة من الشبان اليافعين كانت غير واثقة بقدرتها على مواجهة مشكلات الحياة. فحولي 20% من اليافعين الذين تم استبيانهم ظهر لديهم مشكلات نفسية شديدة، وشعروا بالفراغ الانفعالي وكانوا مكتئبين وخائفين ومشتتين. وكثير من اليافعين الذين يمرون بصعوبات نفسية لا يمرون في الواقع سوى بمرحلة من مراحل النمو وينضجون بعد ذلك إلى أصحاء راشدين. وهي عملية يمكن تسهيلها من خلال الإرشاد والعلاج النفسي. وبالنسبة لمجموعة صغيرة من اليافعين يمكن أن تكون هذه الصعوبات التي يمرون بها دلالة على بداية اضطرابات نفسية وخيمة، كالقصور والاكئاب والاضطراب القطبي.

سنتعرض في هذا الفصل للمشكلات الأساسية التي يتعرض لها اليافعون ولكن قبل ذلك ومن أجل تقديم صورة أوضح لهذه المشكلات سنتعرض إلى مراحل النمو التي يمر بها المراهقون في هذه المرحلة.

2- سني اليافع

1.2- المراهقة المبكرة

في سنوات المراهقة المبكرة أي بين سن 12-14 تقريباً تكون شخصية الشاب اليافع في طور النشوء. ومن المهمات النمائية في هذه المرحلة التي ينبغي مواجهتها وتذليلها المهمات التالية:

1- تخفيف الارتباط بالوالدين: فمع بداية اليافع أو المراهقة يبحث الأطفال باطراد عن مثل عليا جديدة، كالمعلمين والمرشدين والأصدقاء والأبطال الراهنين.

إنهم يتماهون مع هؤلاء الأشخاص ويستخدمونهم مثلاً علياً بالنسبة لهم لأنهم يطمحون لأن يصبحوا أفراداً مستقلين.

2- تمثل الصدمات السابقة: على الأطفال أن يتجاوزوا أحداثاً حياتية مؤلمة أو صادمة في طفولتهم. ويمكن لهذه الصدمات أن تكون بدءاً من المعرفة أن الوالدين غير كاملين ويمتلكون نقاط ضعف إنسانية، وانتهاءً بتمثل موت أحد الوالدين.

3- بناء الاستمرارية: يبدأ اليافعون في هذه السن فهم الماضي والحاضر والمستقبل في إطار أكبر. فهم ينمون وعياً للاستمرارية استناداً للمشاعر السابقة والأحداث المتذكّرة وتاريخ أسرهم. في هذه المرحلة من الحياة يتضح للأولاد أن المستقبل يرتبط بالماضي مع بعضهما بطريقة وثيقة.

4- تثبيت الهوية الجنسية: تثبت الهوية الجنسية في المراهقة المبكرة عند المراهقين. وهذا يعني أنهم يصبحون أكثر وعياً بدورهم باعتبارهم ذكوراً أم إناث، ويمثل هذا مظهراً من مظاهر وعي الذات، الذي يبدأ منذ السنوات الأولى للعمر. وفي السنوات الأولى من عمر اليافع تبدأ "الخبرات" الأولى لاختيار الشريك. والهدف من وراء ذلك على الأغلب هو إقامة علاقة حميمة مع شريك من الجنس الآخر.

1.1.2- عواقب النضج الفيزيولوجي والجنسي

تحدث التغيرات الهرمونية والتشريحية بين سن 11-15 سنة. ويمكن لهذه التغيرات أن تقود إلى صراعات معذبة ومشتتة أحياناً وبشكل خاص لدى الأولاد الذين ينمون بصورة أبطأ أو أسرع من أترابهم. فالبنت التي ينمو ثدياها مثلاً قبل سن الحادية عشرة قد تفرح لهذا الحدث لأنها لحقت بأختها الأكبر منها سناً، إلا أنه يمكن أن يكون هذا الحدث مربكاً بالنسبة لها من حيث أنها تبدو مختلفة عن أترابها في الصف المدرسي. وربما تشعر بأنه لا يجوز لها أن تظل طفلة صغيرة وعليها ألا تفرح لألعاب الأطفال وألا تترك والداها يرعاها. كما قد تعتقد أنها عليها أن "تضحى" بجزء منها وأنها ستبدو "أكثر نضجاً" في مظهرها كما كانت قد لاحظت

لدى البنات الأخريات. ويعتقد بعض الباحثين أن بعض البنات يقمن في الحالات المتطرفة بتجويع أنفسهن بشكل قهري ويصبحن مصابات بالنحول (اضطراب فقدان الشهية العصبي) من أجل الاحتفاظ بالجسم الطفولي.

وتتملك العادة الشهرية بالنسبة للبنات أهمية كبيرة. وبدء الدورة الشهرية بصفتها علامة على النضج يدفعها إلى التفكير بدورها الكامن كمخلوق جنسي وكزوجة وكأم. يمكن أن تكون الدورة الأولى حدثاً صادماً للبنات إذا لم يتم توعيتها قبل ذلك بشكل كاف.

ويتأثر اتجاهات البنت المراهقة نحو الدورة الشهرية، ونحو الجنسية ودورها كسيدة، بقناعات أمها إلى حد كبير. أما تأثير الصديقات والأخوات والمعلمات وزميلات الدراسة فهو محدود. فالبنات ليست حساسة فقط لما تعبر به أمها لفظياً حول التحول لامرأة "النسوية" فحسب وإنما كذلك حساسة للتعبير غير اللفظية التي تتواصل بها الأم مع ابنتها، ولعلاقتها بالأب والرجال الآخرين ولكل ذلك الذي تخفيه عنها أمها حول صيرورة المرأة. فإذا ما أنكرت الأم هذا الحدث أو اعتبرته باستمرار حدثاً غير مرغوب ومزعجاً فمن المحتمل للبنات أن تشعر بدورتها الشهرية بالطريقة نفسها. ويمكن لهذا الاتجاه أن يؤثر على الآلام الجسدية الشهرية التي ستمر بها البنت خلال حياتها.

وعندما توقظ الأمل لدى بنتها الانطباع بأن النساء ضلع قاصر، عاجزات، غير صالحات وأنهن خاضعات للرجال فإنها ستنبئ مشاعر سلبية ليس فيما يتعلق بالدورة الشهرية فحسب وإنما بكل ما يتعلق بالأنوثة.

وبعد بداية المراهقة يحدث لدى تسعة من أصل عشرة يافعين قذف ليلي أثناء النوم، يترافق عادة مع أحلام جنسية. وكثير من اليافعين يتحاثون بين بعضهم حول مثل هذه الخبرات. وغالبيتهم تعرف هذه الخبرات من خلال أحاديث أترابهم أو أخوتهم الأكبر. ومع ذلك يبدو بعضهم وكأنه لا يعرف شيئاً عما يحدث معه ويقلقون من أن يكون لديهم أمر ما غير سوي أو غير طبيعي.

وفي هذه المرحلة يقوم اليافعون بالإشباع الذاتي (الاستمناء Masturbation) الذي

يعد طريقة من أجل خبرة إثارة الدافع والتحكم به وتكييفه. وقبل أن يستطيع الإنسان أن يشبع الدافع من خلال علاقة حميمة مع شريك في سن رشده من خلال الزواج لا بد لليافعين من أن يعرفوا ردود أفعال جسدهم ويتأقلموا معها وتعلم التعامل مع التوتر والاسترخاء الجنسيين.

وعلى الرغم من حدوث تطور كبير في الاتجاهات الوالدية نحو مثل هذه الأمور إلا أن كثير من اليافعين ما زالوا أسرى لتصورات مقلقة. ويمكن لمشاعر الذنب وبشكل خاص بسبب الخيالات الجنسية أن تقف في وجه الحاجة الطبيعية. كما يمكن لمشاعر الذنب والخجل أن تؤثر على تقدير الذات. وبما أن المراهقين لا يستطيعون بمبادرة منهم الحديث مع والديهم حول مثل هذه الأمور من الأفضل أن يتحدث الوالدين مع الأولاد حول ذلك وأن يوضحوا لهم أن اكتشاف الذات والاستملاء أمران طبيعيان.

وتوجد في مرحلة المراهقة ككل فروق فردية في درجة النضج بين الذكور والإناث، وبشكل خاص في بداية مرحلة المراهقة، حيث تسبق الإناث الذكور بسنتين إلى ثلاث سنوات تقريباً.

وينشغل أولاد السنة الثانية عشرة إلى الرابعة عشرة بجسدهم بفضول وشغف. ويمكن للتوترات الدافعية الجديدة والمفاجئة أن تخيفهم. مثال ذلك عندما يتوتر المراهق جنسياً عندما يكون في حفلة ما.

ومن أجل إشباع الفضول والتغلب على المخاوف يقوم المراهقون بمقارنة أجسادهم ببعضهم البعض وبشكل خاص فيما يتعلق بحجم الأعضاء الجنسية. وقد يشتركون مع بعضهم في الإشباع الذاتي. أما البنات فيتحدثن بين بعضهن حول تفاصيل العادة الشهرية أو حول صدورهن. وتكون العلاقة بالأتراب في هذه المرحلة مقتصرة على الأصدقاء من الجنس نفسه. وعادة ما يمتلك المراهق في هذه المرحلة صديقاً حميماً أو اثنين حميمين وكذلك البنت و"شلة" يتماهي معها المراهق بين سن الثانية عشر والرابعة عشر.

ويمكن لسلوك الوالدين أن يعزز الصراعات الجنسية في مرحلة المراهقة. ففي

هذه المرحلة على الأب والأم أن يقيدا سلوكهما اليومي فيما يتعلق باللباس والحمام وما يشبه ذلك أمام أطفالهما من الجنس الآخر ولابد من وضع بعض الحدود غير الجامدة أو الصارمة ولكن التي تسهم في تخفيف الصراعات الجنسية لدى المراهقين بطريقة غير مباشرة.

2.2- المراهقة المتوسطة

على الرغم من بروز مطالب الاستقلالية في هذه المرحلة (بين 14-18) ورغبة المراهقين في ذلك إلا أنهم مازالوا متعلقين بوالديهم إلى مدى بعيد. إنهم يبتعدون عن والديهم ويعودون إليهم. ويرتبطون بصورة مكثفة بمثل أخرى كالمعلمين والنجوم والرياضيين. ويرى المراهقون أنفسهم في هذه المرحلة بعيون أترابهم. وكل انحراف عنهم في المظهر الخارجي أم في اللباس أم في التصرف يمكن أن يقود لديهم إلى فقدان احترام الذات.

ومن المهم بالنسبة للوالدين أن يتفهما أنماط السلوك المتقلبة لدى أبنائهم سواء في صداقاتهم أم في رغباتهم المهنية أم في قصة شعرهم. وطالما لا يبدو على الأطفال أية علامات لوجود مشكلات خطيرة أو لا يبدو عليهم أي ضرر في مواجهتهم لمتطلبات الحياة اليومية فإن السلوك المتقلب لا يشكل سبباً للقلق. فقد يقوم المراهق بتغيير قصة شعره مثلاً بطريقة غريبة أو يصبغ شعره أو يتركه دون حلاقة. ولكن طالما يتناول الطعام مع والديه ولا ينسحب ومزاجه لا يتقلب ولا يتراجع في المدرسة على الوالدين ترك الحرية له ليفعل بشعره ما يشاء.

ولكن في الوقت نفسه على الوالدين ألا يتنازلا عن سلطتهما. فالمراهقون يتمسكون بقواعد السلوك الثابتة والموضوعة من الوالدين من أجل تحقيق الانسجام والاتفاق والأمن والسلامة في الأسرة. وحتى لو احتج المراهقون على ذلك على نحو عندما يريد الوالدان معرفة أين يذهب ابنهما ومن هي صديقات ابنتهما ومتى سيعود ابنهما من زيارة أصدقاءه ... الخ.

وسنوات المراهقة ليست هي السن الأمثل للتخلي عن السلطة. فالمراهق وعلى الرغم من أنه لم يعد طفلاً، إلا أنه لم يصبح راشداً بعد. فقد يوحى مظهره الخارجي

بالنضج إلا أنه في بعض الحالات يتصرف تصرفات تدل على عدم النضج أو عدم قدرته على الحكم والتقييم. لهذا على الوالدين أن يمنحا المراهق فرصة للتجريب بحرية، على نحو ترك الحرية له في العطلة الصيفية للعمل أو للقيام برحلات. ولكن على الوالدين أن يكونا دائماً مستعدان لتقديم التوجيهات والقواعد والتنظيم. والشبان الذين يقومون بتجارب معينة، على نحو الرسوب في الامتحان لأنهم لم يحضروا أنفسهم بشكل جيد، يتصرفون بطيش أثناء النزهة مع زملائهم، وطالما هم موجودين داخل جو أسري آمن وحامي فإنهم سوف يعرفون كيف يتصرفون في المستقبل في بشكل أفضل من أولئك الذين لم تسنح لهم الفرصة لارتكاب الأخطاء على الإطلاق وهم في منزل والديهم.

1.2.2- النمو العقلي

تمثل مرحلة المراهقة المتوسطة المرحلة التي يكتمل فيها النمو العقلي بشكل كبير. ووفقاً لعالم النفس السويسري جان بياجيه يتصف النمو المعرفي في هذه المرحلة بالقدرة على التفكير المجرد واستنتاج نتائج استناداً إلى الفرضيات. وينمو لدى المراهقين القدرة على التبصر والأحكام المتدبرة. ولكن الذكاء والقدرة على الحكم لا تتطور بالسرعة نفسها. ففي حين يستطيع المراهقون أن يحلوا مسائل رياضية معقدة وتناول اتجاهات تاريخية فإنهم قد يظهرون قصوراً في القدرة على الحكم في الحياة اليومية، عندما يكونون مأسورين بمشاعرهم. وعليه يمكن لمراهق أن يصبر مثلاً على أن يسمح له بأخذ سيارة والده لزيارة صديقه على الرغم من سوء الأحوال الجوية أو الازدحام، أو أن يغامر بالسباحة في طقس عاصف، أو يصبر على الذهاب للصيد بسلاح ناري ... الخ. ومن الممكن أنه يتهياً بطريقة خرافية أنه لا يمكن أن يحدث له شيئاً.

وقد يجد الوالدين صعوبة في جعل ابنهما الذكي عادة يتمتع بالحكمة والتعقل، ذلك أنه يجد الحجج ولا يبدو عليه أنه مدرك لعواقب تصرفاته. ولكن من المهم أن يسهم الوالدين دائماً من أجل أن يبقى ابنهم في الواقع وأن يمتلك إحساساً بمشاعر الآخرين.

وبما أن المراهق الآن أصبح قادراً على التفكير المجرد فإنه يبدأ في تنمية وعياً متكاملاً لماضيه وأن يفكر في المستقبل. وانطلاقاً من قناعة أن ينبغي أن يكون للمرء ماض جيد من أجل امتلاك مستقبل جيد يبدأ كثير من المراهقين بالاهتمام بجذورهم. فإذا كان طفلاً ما قد فقد أحد والديه بالموت أو بالطلاق فإنه قد يبدأ بتقصي حياة الشخص الضائع في حياته. وقد يحاول الطفل المتبنى البحث عن والديه البيولوجيين.

والأطفال الذين فقدوا مبكراً أحد والديهم يصبحون الآن قادرين على الحزن عليه. وقد يبدأون بتضخيم الشخص المفقود من والديهم والمبالغة في مثاليته. وبعضهم يمر بمرحلة من الحزن حول الكيفية التي كانت عليها الأشياء في الطفولة المبكرة ، في بيت الأسرة الآمن السعيد ، المحاط بحنان ورعاية الوالدين. إنهم يعرفون أنهم سوف يتركون قريباً المنزل بسبب المهنة أو الدراسة وأنهم سيقومون بعلاقات جديدة. وفي حيت أنهم يتحرقون للتعرف على العالم ، إلا أنهم من ناحية أخرى يكونوا مأسورين بالخوف والضيق.

وفي أواسط المراهقة المتوسطة يواجه اليافعون بمنظومة القيم التي يكتسبونها من والديهم. وفي البداية يتقبلون في العادة العقيدة والضمير ومفاهيم القيم الأخلاقية لأسرهم. إلا أنهم يبدأون باتخاذ خطوات تغييرية. فضمير اليافع يصبح الآن جزءاً أساسياً من هويته. إنه لم يعد عبارة عن فهرس من القيم المحددة مسبقاً التي يتبعها الإنسان خوفاً من الوالدين. وقد ينزلق المراهقون في هذه المرحلة في خبرات تجريب السجائر أو الكحول أو حتى أحياناً العقاقير ، ليس للإدمان وإنما من أجل التجريب ليس أكثر وتشكيل رأي خاص بهم حول هذا الأمر. وعلى الوالدين أن يتخذوا موقفاً تجاه مثل هذه التجارب وعليهم دائماً أن يوضحوا رأيهم بهذه الأمور لأولادهم ومعارضتهم المطلقة لها.

3.2- المراهقة المتأخرة

وتقع هذه المرحلة بين سن الثامنة عشرة وبداية العشرين تقريباً. وفي هذه المرحلة يغلب أن تكون مرحلة الاستقلالية قد انتهت. ويبدأ الشاب بالطموح نحو تحقيق

أهداف ملموسة وواقعية وإقامة علاقات حميمية جدية خارج نطاق الأسرة. وفي حين أنه في فترة المراهقة يستمتع المراهقون برواية مغامراتهم الجنسية بتفصيل ممل أمام الآخرين حتى قبل أن يكونوا مستعدين لذلك بفترة طويلة، وكثير منها ما هو متخيل، من أجل الحصول على الاحترام من أترابه، يصبح المراهق في هذه المرحلة قادراً على إقامة علاقة حميمية جدية.

وتمتلك علاقة الحب الأولى خصوصية إلى درجة أنها تصبح محفورة في الذاكرة لا تنسى طوال الحياة. وغالباً ما يعاني الشبان في هذه المرحلة من الحب ومتأججون لوعة، ولا يكون لديهم الاستعداد للحديث حول علاقاتهم لأي شخص. وفي هذه المرحلة من تأجج المشاعر والحب يعتبر الشبان مشاعرهم شيئاً خاصاً أو فريداً ويميلون لتأليه حبيبهم. وتسود مشاعر الحب العذري، وتتغلب مشاعر المشاركة وتبادل الاهتمام على المشاعر الجنسية. يمكن للحب في هذه المرحلة أن يتعمق وتنشأ علاقة حميمية حقيقية، إلا أنه قد يحدث أن يجد المراهق شريكاً آخر يميل إليه بسرعة.

3- المشكلات الأساسية في المراهقة

أشرنا في فقرة سابقة إلى أنه تظهر لدى حوالي 20% من المراهقين أو اليافعين أعراضاً نفسية نوعية أثناء المهمات النمائية في المراهقة. ويمكن للمشكلات أن تكون متوسطة الشدة وعابرة. إلا أنها يمكنه في الوقت نفسه أن تكون علامات لاضطرابات نفسية عميقة الأثر. ومن هذه الاضطرابات النفسية التي يبدأ ظهورها في سن المراهقة يمكن ذكر اضطرابات الهوية واضطرابات الطعام والاكْتئابات والاضطرابات القطبية (الهوسية الاكْتئابية) والفصام.

وفيما يلي عرض للإشارات أو الدلائل التي لا داعي للوالدين أن يقلقوا بشأنها وتلك التي ينبغي لليافع أن يراجع الطبيب النفسي أو المتخصص النفسي الإكلينيكي أو المعالج النفسي عند ملاحظتها.

1.3- مظاهر لا تستدعي القلق

- 1- الفوضى في الغرفة: مهما حاول المراهقون التذمر والشكوى على الوالدين أن يصرا على أن يقوم بترتيب غرفته مرة في الأسبوع على الأقل. وطالما ظلت الفوضى مقتصرة على غرفة المراهق فما على الوالدين إلا أن يغلقا الغرفة ويتجاهلان الفوضى ويعتبرانها وكأنها غير موجودة.
- 2- الحاجة للعزلة والانسحاب: يحتاج المراهقون لإمكانية البقاء وحدهم لوقت طويل في غرفتهم، سواء لسماع الموسيقى أو للرسم أو لإجراء محادثة هاتفية لا تنتهي مع أصدقائهم. ويعد هذا سلوكاً مألوفاً عند المراهقين ووسيلة مهمة من أجل دفع خطوات الانعتاق من الوالدين. ولكن على الوالدين أن يحددا قواعد بالنسبة للاتصالات الهاتفية والوظائف المنزلية كي لا يظل الهاتف مشغولاً باستمرار وكي تظل فاتورة ضمن الحدود الموضوعة من الوالدين.
- 3- تضخيم المثل العليا: يعد التماهي والتحمس الزائد "للمثل" محاولة لبناء الهوية الذاتية. وفي الوقت نفسه قد ينزل الطفل والديه عن عرش التقديس.
- 4- ارتداء ثياب غريبة أو قص الشعر بطريقة مختلفة انسجاماً مع الشلة: يمكن لعصيان المراهق أن يأخذ أشكالاً عدة. وهذا النوع من اللعب يكون عابراً وديم الخطورة. ويفعل الوالدان خيراً عندما يتجاهلان هذا الأمر.
- 5- التأرجحات الطفيفة في المزاج: يحدث أن يتبدل السلوك بشكل مفاجئ فيما يتعلق بالمستقبل والأدوار الاجتماعية والعلاقة بالجنس الآخر. وإذا لم تتأثر النتيجة المدرسية والاهتمامات الأخرى فلا داعي للقلق لهذا الأمر.

2.3- مظاهر تستدعي القلق

- تعد المظاهر التالية مشكلات خطيرة، تحتاج 'ند ملاحظتها استشارة طبيب نفسي أو متخصص نفساني علاجي:
- 1- الاختفاء الواضح للاهتمامات بالأنشطة المعتادة.
 - 2- أرق معند.

- 3- فقدان الاهتمام بالأصدقاء.
- 4- التراجع الشديد والمفاجئ للدرجات المدرسية.
- 5- الامتناع عن المحافظة على القواعد المنطقية ، كتحديد ساعات الخروج والعودة من المنزل ، التعاون في العمل المنزلي ..الخ.
- 6- الاستهلاك المتكرر للعقاقير والكحول.
- 7- ارتكاب أعمال جنائية كالسرقة أو إشعال الحرائق أو ما يشبه ذلك).
- 8- التعبير عن الكره والاحتقار للأفراد الأسرة الذين كانوا محبوبين في السابق.
- 9- التغيير الدائم والمستمر للشريك.
- 10- الاعتداء باليدين على الوالدين (ما يسمى مد اليدين على الوالدين).
- 11- التعبير عن أفكار انتحارية.
- 12- الانتماء إلى طوائف أو مجموعات أو فرق دينية.

كل هذه المظاهر تحتاج الفحص الدقيق والمتخصص من أجل تحديد الأسباب واتخاذ إجراءات وقائية وعلاجية. وفي بعض الحالات عدد محدود من الجلسات العلاجية الفردية أو الأسرية كافياً. إن التعرف على المشكلات بصورة مبكرة والتدخل المبكر يعد أمراً مهماً من أجل القضاء على المشكلة في مهدها ومساعدة الشاب اليافع على العودة إلى تطوره الطبيعي.

3.3- اضطرابات الهوية

بما أن بناء الهوية الفردية المتميزة يعد جوهر النمو في سنوات المراهقة، فقد تظهر بعض المشكلات في هذا المجال بين الحين والآخر. يمكن لليافعين أن ينزلقوا تحت ضغط الإنجاز من خلال ضرورة اتخاذ القرار فيما يتعلق بالمستقبل المهني والتخطيط لأهداف بعيدة المدى، وكذلك من خلال صراعات الولاء بين الأسرة والأتراب ومن خلال علاقات الحب. وفي بعض الأحيان يشعرون بأنه من المستحيل عليهم الاختيار من بين المجموعات اللانهائية من طرق الحياة وأنماطها وتصوراتها القيمة اختيار تلك التي يستطيعون التماهي معها. وفي حال استمرار ضغط الإنجاز

هذا يمكن للمحادثة مع المعالجين والمتخصصين الآخرين أن يساعد اليافعين الشبان على تفسير المآزق الواقعية فيه.

ومن البديهي أن يقوم اليافعون بتجريب عدد كبير من الأدوار، وحتى ربما طريقة لباسهم وتبني ضروب من المثل، وتزيين غرفتهم بصور مثلهم العليا أو الاستماع الدائم لموسيقى وأغاني مطربيهم المفضلين. وفي الحالات المتطرفة يمكن لمراهق غير مستقر انفعالياً أن يقلد شخصية نجم مشهور أو مثل العليا قديمة ويحاول أن يعيش أوهام أنه هو هذا المثال. وفي حال عدم ظهور علامات اضطراب أخرى على المراهق ولم يتغير سلوكه وعلاقاته بأسرته، فإن هذه الخيالات لن تكون سوى خيالات عابرة. إلا أنه في حال "يحترق" من أجل أن يكون من هذا الصنف وينتسب إلى طائفة ما أو لا يرجع إلى المنزل دون سبب واضح فإن الأمر يمكن أن يشير إلى وجود مشكلة تحتاج إلى استشارة متخصص نفسي.

4.3- اضطرابات الطعام

تشكل عدم القدرة على تعديل أو تغيير الجسد مجاًلاً من المجالات التي يمكن لاضطرابات الهوية أن تتجلى فيها. فبعض البنات اللواتي يخشين من أن يصبحن راشدات يتوصلن عند أولى علامات نمو الثديين أو الدورة الشهرية بأنهن سمينات أو زائدات الوزن. وفي الواقع فإنه يغلب ملاحظة عدم الرضى عن الجسد عند النساء أكثر من الرجال مدفوعاً بعدم الرضى هذا بالمبالغة في مثلثة الجسد المنتشرة بوسائل الإعلام والتي ليس بالضرورة أن تكون صورة صحيحة وصحية. وبما أنهن لا يستطعن من خلال تناول الطعام الطبيعي للطعام أن يصبحن نحيفات جداً كالعصا كما يرغبن يمكن أن ينشأ لدى البنات أن تنشأ نزعة لإجراء حمية مزمنة (ريجيم) وأحياناً تبادل بين نوبات التجويع والالتهام (الضور أو الشره لمرضي Bulimia). وليس من النادر أن يحصل أن المراهقات زائدات الوزن أو اللواتي يعتقدن بأنهن زائدات الوزن أن يقمن بإقواء مقصودة ومنتظمة ويتناولن المسهلات وطاوحات السوائل الأمر الذي يقود إلى خطر إلحاق الأذى بالصحة.

ولدى عدد قليل من اليافعين، وبصورة غالبية البنات، تنشأ الخلفة (فقدان الشهية

للطعام (anorexia). وهؤلاء الشبان غالباً ما لا يمتلكون تصوراً واقعياً عن جسدهم ويشعرون أنه من المرعب لهم أن يكن سمينات، على الرغم من أنهم لسن كذلك بل ويغلب أن يكون وزنهن تحت الوزن الطبيعي. وبما أن البنات يقمن بالتجوع المنتظم لأنفسهن ومن ثم يعرضن حياتهن للخطر الحقيقي فإنه لا بد من إحضارهن للعلاج المتخصص بمجرد أن يلاحظ الوالدين أن وزنهن انخفض إلى ما دون الوزن الطبيعي. وهناك بعض الدلائل على أنه بعض البنات اللواتي يظهر الاكتئاب في أسرهن يمتلكن استعداداً لفقدان الشهية وربما أيضاً للصور (الشرة المرضي للطعام).⁽¹⁾

5.3- الاكتئاب في سن المراهقة

يحدث أن يتكرر ظهور تأرجحات في المزاج لدى اليافعين في سني المراهقة. ويغلب أن تكون هذه التأرجحات عابرة وترتبط على الأغلب مع أحداث معينة كتحطم علاقة حب والخيبة الناجمة الفشل في تحقيق هدف معين أو بسبب إجراءات التأديب الوالدية. وبعض المراهقين يمرون أحياناً بفترة من الهمود كما أشرنا وذلك عندما يحزنون على انتهاء طفولتهم. ومثل هذه الظواهر لا تعرض في العادة إنجازهم المدرسي للخطر ولا تقود إلى انقطاع العلاقة بالأسرة أو الأصدقاء. ويمكن للراشد المهتم الموثوق به والذي لا يتدخل كثيراً بأمور المراهق أو لصديق أو الصديقة أو أحد الأخوة أن يكون مواسياً في مثل هذه الأوقات.

وعلى الرغم من أنه من النادر جداً أن يعاني المراهق من الاكتئاب الجدي، فإن حوالي 5% من المراهقين قد يعانون من الاكتئاب التي تشبه اكتئاب الراشدين. والبنات أكثر إصابة بالاكتئاب من الصبيان. والأطفال والمراهقون الذين يعانون أحد أفراد أسرته من الاكتئاب، يرتفع لديهم خطر المرض بالاكتئاب. فحولي ثلث المراهقين الذين يعانون من الاكتئاب يمتلك والدين (أحدهما أو كلاهما) يعانون من مشكلة شبيهة.

(1) أنظر الفصل المتعلق باضطرابات الطعام في كتاب الصحة النفسية للدكتور سامر جميل رضوان - دار المسيرة عمان - الأردن.

1.5.3- أعراض الاكتئاب عند المراهقين

يشكل الاكتئاب بالنسبة للمراهقين اضطراباً ليس سهلاً. ومن ثم ينبغي للوالدين التعرف على العلامات الإنذارية للاكتئاب. وتستحق الأعراض التالية الاهتمام إذا استمرت إذا لاحظ الكبار أنها مستمرة منذ مدة طويلة :

(أ) علامات أساسية:

- 1- عندما يشعر المراهق بأنه غير قادر على الذهاب للمدرسة أو غير قادر على القيام بوظائفه المنزلية.
- 2- عندما يفقد المرافق اهتماماته السابقة والاهتمام بأصدقائه.
- 3- يميل باستمرار للبكاء أو سهل الاستثارة.
- 4- عندما يميل لسلوك خطير أو هدام كتناول الكحول أو التهور في القيادة ... الخ.

(ب) علامات تشير الشك

- 1- تغير في الشهية والوزن.
- 2- اضطرابات النوم.
- 3- الشكوى من التعب.
- 4- علامات الكسل والتوتر.
- 5- التغير المفاجئ للمظهر الخارجي.
- 6- مشاعر اللاقيمة الذاتية واتهامات الذات.
- 7- فقدان التركيز وعدم القدرة على اتخاذ قرارات بسيطة.
- 8- الانشغال الدائم بالموت، مع الانتباه إلى أن الملاحظات التي يبديها المراهق حول الانتحار ومحاولات الانتحار تستدعي التدخل المباشر والسريع.

2.5.3- العلاج

يوجد نوعان من العلاج النفسي أثبتا فاعليتهما في علاج الاكتئاب لدى المراهقين.

الأول العلاج النفسي الديناميكي (التحليل النفسي)، بمتغيراته الكثيرة والمتنوعة الذي يحاول إيجاد الرغبات والمخاوف اللاشعورية والخبرات المبكرة ومشكلات العلائقية الراهنة عند المراهق. والثاني هو العلاج الاستعرافي السلوكي الذي يساعد على التعرف على الأفكار السلبية التي قد تنمي الاكتئاب. زمن هذه الأفكار يمكن تعداد القنوات السلبية حول شخصية المراهق نفسه وحول العام والمستقبل. ففكرة "أصدقائي لا يحبونني" على سبيل المثال يمكن أن تسبب لدى المراهق تجنب المواقف الاجتماعية ومن ثم تعزيز هذه القنوات، الأمر الذي يقود إلى مزيد من العزلة، وتقود إلى مشاعر الوحدة والمرفوضة والاكتئاب الشديد. ومن خلال مساعدة المعالج للمراهق على التعرف على هذه الاتجاهات السلبية وتعديلها يمكن أن يساهم في تحقيق اتجاه سلبياً يشجع إزالة المشكلة. كما أثبت مؤخراً العلاج البين شخصي فاعليته، حيث يسعى هذا العلاج إلى تعديل العلاقات المشكلة للمكتئب مع أقاربه وأصدقاءه.

كما أثبتت الأدوية النفسية كمضادات الاكتئاب والليثيوم فاعليتها .

ولا نستطيع القول كم هي طول المدة التي يتطلبها العلاج عند المراهق الذي يعاني من الاكتئاب ولا عدد الجلسات . ويتعلق هذا الأمر بشدة الاضطراب وخصائصه واستجابات المراهقين منفردين على العلاج. وفي بعض الحالات الشديدة من الاكتئاب قد يطرح الوالدين مسألة العلاج في المستشفى كونها قد تكون أفضل من العلاج الخارجي. وتتعلق الإجابة عن هذا السؤال بالتقدير المتخصص لحالة الطفل. غير أنه بشكل عام لا توجد ضرورة لعلاج الاكتئاب لدى المراهق في المستشفى، اللهم إلا إذا كان خطر الانتحار قائماً أو يوجد تهديد للآخرين. وبعض المراهقين يمتلكون إلى جانب الاكتئاب مشكلة الإدمان على العقاقير أو الكحول. في هذه الحالة يمكن إدخال المراهق في المستشفى في حال عدم نجاح السحب في العيادات الخارجية.

3.5.3- الانتحار (قتل النفس)

يمكن للاكتئاب المستمر لدى المراهقين أن يقود لمحاولات الانتحار أو للانتحار.

ويحتل الانتحار في أوروبا وأمريكا المرتبة الثالثة في أسباب الموت بين اليافعين. وينتحر في الولايات المتحدة الأمريكية سنوياً حوالي 2000 مراهق بين سن 12 و 19 سنة.

وتتنوع أسباب الانتحار لدى اليافعين كما هي لدى الراشدين. وتلعب العوامل بيولوجية ونفسية ومحيطية دوراً. وليس كل مراهق يتحدث عن الانتحار أو يحاول الانتحار يكونا مكتئبين. فبعضهم يعاني من مشكلات جدية في البيت أو المدرسة ويستجيب بعدوانية تجاه الآخرين وتجاه نفسه (عراك ومشاحنات وسرقة). واليافعون الذين يحاولون الانتحار يغلب أن يعانون من صراعات عنيفة مع أسرهم.

ويميل الشبان إلى اعتبار الانتحار وكأنه حل لمشكلاتهم الحياتية التي تبدو لهم شديدة وقاسية. ففي حين يمكن للراشد أن يدرك أن صدمة في الحياة لا تعني نهاية الحياة بعد وأنع على الإنسان أن يفقد الأمل، فإن بعض اليافعين ينظر للخيبات وكأنها فشل شديد ويعتبر الصعوبات العابرة وكأنها أزمات لا يمكن تخطيها. وقد يرى المراهق في الدرجات السيئة التي يحصل عليها دلالة على أنه لن يحقق النجاح أبداً في الحياة. ويمكن لتقدير الذات ومشاعر الهوية أن تكون هشة وتتحطم عند أول ضربة.

كما أن اليافعين غالباً ما يستجيبون بحساسية خاصة للأحداث المرهقة كعذاب الحب والخيبات في المدرسة أو عندما يعرفون خبر وفاة أو انتحار نجمهم المفضل. إلا أن السبب الغالب الذي يدفع للمحاولة هو النزاع مع الوالدين.

ويؤكد المتخصصون على أنه من أجل الوقاية من الانتحار أنه ينبغي جعلهم يحسون بوجود شخص يريد مساعدتهم ويمكن إيجاده في أي وقت يستطيعون الحديث معه.

وبما أن الانتحار الذي يحدث غالباً بسبب مشكلات عميقة أخرى، فإن علاج هذه المشكلات يحتل الأولوية.

أما الظروف التي يغلب أن ترتبط بالانتحار فهي: محاولات الانتحار السابقة، الاكتئاب الشديد العدوانية واضطرابات السلوك الاجتماعي والأمراض الجسدية

وسوء استخدام الكحول والعقاقير سواء للمراهق أم لأسرته والأمراض النفسية والصراعات الزوجية للوالدين والصراعات بين الطفل وأسرته.

ويتمركز العلاج على الاكتئاب بالدرجة الأولى، ليس لأن الاكتئاب يرفع من خطر الانتحار، حيث أن حوالي 25-30% من الأشخاص الذين يحاولون الانتحار مكتئبين، ولكن لأن هذه المشكلة يمكن علاجها بنجاح.

6.3- الاضطراب القطبي (الاضطراب الهوسي الاكتئابي)

لا يختلف الاضطراب القطبي في فترة المراهقة عن الاضطراب القطبي في سن الرشد. فهو يتصف بأطوار من الاكتئاب التي تتبادل مع أطوار من التوتر الهوسي والطاقة المفرطة وسلوك مفرط النشاط. ويصعب تشخيص هذا الاضطراب لدى اليافعين. ويغلب أن يتم الخلط بين الاضطراب القطبي والفصام أو الاكتئاب أو حتى مع التآرجح البسيط في المزاج. وكما هو الحال في الفصام فإنه من المهم التعرف على الاضطراب بصورة مبكرة قدر الإمكان وبشكل خاص قبل أن يصبح الاضطراب عميقاً جداً وقبل أن يحدث انفصال عن الواقع. وفي كثير من الحالات يستطيع المعنيون الحصول على العلاج المناسب الذي يمكنهم من إدارة حياة طبيعية.

7.3- اضطراب السلوك الاجتماعي في المراهقة

كما أشرنا في الفصول السابقة التي تناولنا فيها اضطرابات السلوك الاجتماعي فإن أنماط السلوك غير المقبولة والسلوك اللااجتماعي تقود إلى تفاقم المشكلات في سن المراهقة. ويمكن لأنماط السلوك اللااجتماعي أن تظهر داخل الجماعات على نحو العراكات الجماعية، أو يمكن أن تظهر لوحدها على نحو إشعال الحرائق، ويمكن أن تظهر على شكل عدوان صريح، على نحو القتل أو شكل غير عدواني كالكذب والهرب من المدرسة. وعليه فاضطرابات السلوك الاجتماعي تمتد من المشكلات الأقل خطورة كالهرب من المدرسة والصعوبات المدرسية إلى الحرية الجنسية المتطرفة إلى استهلاك الكحول والعقاقير غير القانونية مروراً بالتأخر عن العودة للبيت ليلاً وصولاً إلى المشاجرات والعراك وإشعال الحرائق وخرق القوانين والشذوذات العنيفة.

واضطراب السلوك الاجتماعي ليس مجرد حالة متطرفة من التمرد. إنها مشكلة شديدة ذات تنبؤ سيئ. فكثير من المراهقين تحدث معهم في رشدهم مشكلات جدية. إنهم يصبحون بدرجة عالية من الاحتمال من أصحاب السوابق ومحكومين أو يدخلون المستشفيات بسبب مشكلات نفسية وخيمة. بالإضافة إلى أنهم يواجهون مشكلات شديدة في عملهم وعلاقاتهم.

1.7.3- المآل وعوامل مرهقة إضافية

جميع الراشدين تقريباً المضطرب سلوكهم الاجتماعي كان قد ظهر هذا السلوك لديهم في الطفولة واليافع. وحوالي 5% من الأطفال الذين يوجد لديهم هذا الاضطراب يستمر سلوكهم هكذا في سن الرشد. وتشير الدراسات التي جرت في سبعينيات القرن العشرين إلى أن اليافعين الذين أصبحوا محكومين قد نشئوا من أسر فقيرة كثيرة الأولاد يعاني فيها الوالدين من مشكلات عقاقير وكحول سوء استغلال جنسي وسوء معاملة للأولاد. والأطفال ذوي الذكاء المنخفض كانوا أكثر تعرضاً لأن يصبح سلوكهم لا اجتماعياً. وكثير من الأولاد الذين يضطرب سلوكهم الاجتماعي تعرضوا لسوء المعاملة الجسدية من الوالدين أو تعرضوا للاستغلال الجنسي. والأطفال الذين ينشئون في مثل هذا الجو لا يتعلمون بأن العنف هو الوسيلة المناسبة لحل المشكلات فحسب وإنما يكونوا مشحونين بغضب داخلي يفرغونه فيما بعد بزملائهم ومعلميهم.

وهناك عدد آخر من العوامل المرتبطة بالسلوك اللااجتماعي من بينها الصرع والفصام والاضطرابات الاكتئابية الجدية. وتشير مجموعة من الدراسات إلى وجود علاقة بين اضطراب السلوك الاجتماعي واضطرابات فرط النشاط والانتباه، وإلى الأعراض المشتركة كالاندفاعية ونقص القدرة على التقدير واضطرابات الإنجاز المدرسي.

2.7.3- التقويم والعلاج

تصبح اضطرابات السلوك الاجتماعي مشكلة وخيمة في المراهقة. فاليافعون يتمتعون بحرية واستقلالية أكبر وهم أقوى جسدياً. وهذه العوامل ترفع من خطر أن

يلحق السلوك العدواني أو الهدام الأذى بالآخرين أو أن يقود إلى أعمال جنائية. ويحتاج كل يافع يعاني من مشكلات سلوكية جدية إلى فحص دقيق.

فإلى جاني اضطرابات السلوك الاجتماعي يظهر لدى اليافعين الذين يعانون من هذا الاضطراب طائفة أخرى من المشكلات الانفعالية والشذوذات النفسية. ولهذا السبب من المهم أن يحصلوا على علاج متخصص من قبل معالج نفسي يمتلك خبرة في تشخيص ومعالجة اضطرابات السلوك الاجتماعي ويستطيع التفريق فيما إذا كانت المشكلة قائمة على أساس اضطراب نفسي كالإكتئاب أو الفصام، وهي اضطرابات يمكن أن تستجيب للعلاج الدوائي، أم فيما إذا كان التشخيص بالفعل عبارة عن اضطراب في السلوك الاجتماعي. ويتطلب التقويم إجراء فحص نفسي مستفيض للسلوك المشكل وللأحداث المرتبطة به وللظروف الاجتماعية في حياة اليافع التي يمكن أن تقوي من الاضطراب كسوء استهلاك الكحول، سواء من اليافع أو من والديه أو وجود نمط من العنف في المنزل. وعادة ما يتم إجراء فحص طبي واسع من أجل تحديد فيما إذا كانت هناك أمراض عضوية تسبب السلوك اللااجتماعي أو أعمال العنف سرطانات الدماغ أو أمراض عصبية أخرى.

ويتم إشراك الوالدين دائماً أثناء عملية التقويم. وقد يتكلم المعالج أو الطبيب النفسي مع أشخاص آخرين غير الوالدين كالمعلمين أو الأتراب. من أجل تشكيل صورة كاملة عن حجم المشكلة. فغالباً ما يقوم الوالدين واليافعون ذوي السلوك الاجتماعي المضطرب بحجم المشكلة بشكل مختلف جداً، إذ ربما ينكر اليافع وجود المشكلة كلية في حين يكون الوالدين غير مدركين كلية لحجم المشكلة عند ولدهم.

ويرى بعض المعالجين النفسيين أن السلوك اللااجتماعي عبارة عن ميل يقود باطراد إلى تضخم متزايد للمشكلة. فهو يبدأ بالهرب من المدرسة والكذب ويتصاعد السلوك إلى استهلاك الكحول والاتصالات الجنسية غير الشرعية promiscuity ولاحقاً لاستهلاك العقاقير والسرقة. وتوجد دلائل على أن السلوك العدواني في السنوات المبكرة يعد إشارة موثوقة للعدوانية في المراهقة، على الرغم من أنه غالبية

الأطفال الذين يعانون من مشكلات سلوكية في الطفولة لا ينمو لديهم سلوك لا اجتماعي.

يصعب عادة علاج اضطرابات السلوك الاجتماعي في المراهقة. ولم يثبت أي من الأساليب العلاجية أنه فاعل أكثر من غيره في علاج اضطرابات السلوك الاجتماعي. وقد يرجع السبب في ذلك إلى أن كثير من العوامل تسهم في حدوث هذا الاضطراب. ومن المعروف أن العلاج ينبغي أن يكون شاملاً بما في ذلك تقويم أسباب السلوك والتفاعلات الأسرية والمحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه المراهق. ونظراً لشدة المشكلة فإن العلاج يمتد لسنوات طويلة.

ويتمركز أحد الأشكال العلاجية النفسية الذي أثبت فاعليته على إقناع الوالدين على مواجهة أمور حياتهم اليومية بطريقة أفضل والتعامل مع ولدهم بشكل أكثر فاعلية. ويقوم هذا المبدأ الذي تطلق عليه تسمية تدريب الوالدين على النظرية القائلة: إن الوالدين يسهمان دون علم منهما في السلوك المضطرب للولد، سواء كان من خلال ضعف المراقبة أو من خلال العقاب القاسي. وكذلك أثبت العلاج السلوكي فاعليته، حيث يتمركز العلاج السلوكي على مساعدة المعنيين على تحديد المشكلة التي تسهم في سلوك العنف أو الأشكال الأخرى من السلوك المضطرب، وعلى مساعدة اليافعين على التحرر من مشاعر الغضب والألم والعدوانية. ويقوم بعض الأطباء بوصف الدواء وبشكل خاص مضادات الاكتئاب على الرغم من أنه ليس كل الخبراء ينصحون بهذا. وقد يكون العلاج بالنسبة لبعض اليافعين في أكثر فائدة لو تم في بيوت التربية أو في أقسام علاجية اجتماعية مفتوحة.

ونظراً لعناد وصعوبة طبيعة مثل هذه المشكلات يتردد كثير من المعالجين النفسيين في علاج اليافعين الذين يعانون من اضطرابات السلوك الاجتماعي.

8.3- الفصام

الفصام كما أسلفنا في الفصل المتعلق بالفصام، مرض نفسي مزمن وجدي، يتصف باضطرابات التفكير والمزاج وغالباً بتصورات هذيانية، أي أفكار غير واقعية على نحو الاستحواذ من مخلوقات غير أرضية، أو الزواج بجني أو جنية،

وأهلاس أي خداعات حسية كسماع أصوات. ومن النادر جداً أن يظهر هذا الاضطراب في مرحلة ما قبل المراهقة، ويتم اليوم التفريق بينه وبين الانغلاق (الأوتزمية)، الذي هو اضطراب نمو عميق الأثر ويمثل صورة من صور الاضطراب التي كانت تطلق عليها في السابق الفصام الطفولي.

يصعب جداً تشخيص الفصام في سنوات المراهقة، وهي المرحلة التي يتكرر فيها ظهور أشكال من السلوك الطائش التي يصعب تصنيفها و"تفكير الخرافة" كما هو الأمر في حالة المراهق البالغ من العمر ثماني عشر سنة ويعتقد أنه محمي ضد الحوادث ولن يحصل له شيء عندما يقود سيارته بسرعة جنونية.. عدا عن أنه يمكن للمرحلة الحادة من المرض أن تكون صعبة التمييز عن التآرجحات الشديدة في المزاج للاضطراب القطبي، الذي يمكن أن تظهر فيه كذلك أهلاس وتصورات هذيانية. كما أن التسمم بالأدوية أو إصابات الرأس يمكنها أن تثير الأعراض نفسها.

1.8.3- الأعراض

يغلب أن يظهر لدى المراهقين الذين يعانون من الفصام في سياق الأهلاس والهذيانات الملحوظة انهيار مفاجئ للواقع. ويمكن أن يتم السيطرة على هذا الطور الحاد خلال أسابيع عدة من خلال العلاج المناسب والأدوية النفسية والدخول في المستشفى إذا اقتضى الأمر. وبعد ذلك قد يستطيع المراهق أن يتابع حياته بطريقة نصف سوية. إلا أنه في حالات أخرى قد يتحول هذا الطور الحاد إلى طور مزمن ولا يعود قادراً على الإنجاز كما كان في السابق.

ولا يظهر المرض لدى كل شخص بصورة حادة هكذا في البداية. ففي بعض الحالات يبدأ الفصام بأعراض طفيفة تأتي وتذهب، تشدد وتتراجع على نحو نقص الوضوح في التفكير وأطوار من السلوك اللاعقلاني، أو يظهر المرض على صورة عدم القدرة على الحفاظ على العلاقات الوثيقة. وخلال مجرى المرض يصبح السلوك أكثر لفتاً للنظر وأغر غرابة، ويكتمل الانسحاب من الواقع ويزداد تراجع قدرات الوظائف أو تخنفي كلية. إلا أن غالبية الفصامين لا يفقدون الاتصال كلية مع الواقع.

2.8.3- الانتشار والعلامات الأولى

يظهر الفصام عادة بين سن 14-22، والنسبة نفسها بين الذكور والإناث، إلا أن الأعراض تظهر لدى الذكور في وقت أبكر منه عند الإناث. وقد أظهرت الدراسات أن كثير من الأشخاص الذي ظهر لديهم الفصام لاحقاً، كانوا ملفتين للنظر في طفولتهم من خلال أنماط مضطربة من السلوك. وقد أظهرت دراسة أن اليافعون الذكور ما قبل الفصاميون يتصفون بسوء التنشئة الاجتماعية ومتفردون عدوانيون. وعلى العكس من ذلك البنات ما قبل الفصاميات يكن غالباً انطوائيات ومفرطات الحساسية وخوافات. كلتا المجموعتين لا يمتلكان صداقات حميمة. ويستنتج من دراسات طويلة عديدة على الأطفال لوالدين فصامين بأن بعض من الأطفال الذين ظهر لديهم المرض فيما بعد كان لديهم قبل ظهور المرض بوقت طويل أعراضاً ذهانية وقصور عصبي طفيف ومشكلات في تركيز وفي التواصل والتفاعل الاجتماعي.

3.8.3- علاج الفصام في المراهقة

على الرغم من أنه يندر أن يتم شفاء الفصام كلية إلا أن غالبية الأشكال من الفصام تستجيب بشكل جيد للعلاج، وبشكل خاص عندما يتم اكتشاف الأعراض في وقت مبكر. وفي كثير من الحالات يستطيع المراهق الفصامي أن يحقق حياة ناجحة في المستقبل ويقيم علاقات مقبولة. وتتمركز المهمة العلاجية على منع حدوث انقطاع ذهاني عن الواقع. لهذا على الوالدين الذين يخمنون عند أبنائهم أعراضاً معينة أن يستشيروا الطبيب النفسي. وطالما لا توجد أزمة حادة يكفي فحص حالة المراهق بانتظام من أجل الوقاية من حدوث مشكلات مستقبلية.

من المهم أن يشرك المعالج الوالدين بالعلاج ويعمل مع المراهق على تحسين التواصل والتعامل مع الوالدين وتخفيف قلق الوالدين وحيرتهم وتحقيق جو أسري متوازن انفعالياً وموضوعي. مثال ذلك يستطيع المعالج النفسي أن يساعد الوالدين عند وجود خلافات زوجية أن يواجهها انفجاراتهما الانفعالية بطريقة أخرى وعلى عدم إرهاب والدهم بمخططات مستقبلية طموحة جداً وغير واقعية.

الباب الثالث

صفحة زوجية فارغة
يوضع بدلاً عنها صفحة بيضاء عند الطباعة النهائية.

الفصل الثاني عشر

المتخصصون في الاضطرابات النفسية

1- إيجاد وتقويم المعالج المؤهل مهنيًا

من الصعب اتخاذ القرار بالبحث عن المساعدة المتخصصة عند وجود مشكلات نفسية. ويرجع ذلك لأسباب عدة منها لأن كثير من المعنيين يرون أن اللجوء للمساعدة النفسية دليل على إخفاقهم الشخصي، ومنها ما يتعلق بالخوف من الوصم الاجتماعي ومنها أنه في بعض الأحيان قد تكون المعاناة النفسية شديدة لدرجة قد لا يمتلك فيها المعني القوة الكافية لاتخاذ القرار بالبحث عن المساعدة المتخصصة. يضاف إلى ذلك صعوبة اتخاذ القرار عندما يبحث الإنسان عن نوع العلاج أو المعالجة Kind of Therapy or Treatment ونوع القسم هل هو داخلي أم خارجي أم عيادة خاصة ... الخ. سوف نناقش في هذا الفصل تقديم عريض مختصر عن أنواع المعالجين المؤهلين والأقسام العلاجية القائمة والمهام الملائمة لها. ويوجد من حيث المبدأ الكثير من المجموعات المهنية المختلفة التي تشترك في التشخيص والعلاج والإشراف طويل المدى على الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية.

المحطات العلاجية بالنسبة للاضطرابات والمشكلات النفسية ينبغي أن تكون العيادات والأقسام التي يعمل فيها الأطباء (مثال طبيب المنزل)، والأفضل منها تلك التي يعمل فيها الأطباء النفسيون أو المتخصصون النفسيون العياديون (الإكلينيكيون). أما المجموعات المهنية الأخرى على نحو المتخصصين الاجتماعيين (عمال الخدمة الاجتماعية) والتربويين والمتخصصين بعلم النفس الاجتماعي والمهني والصناعي والتعليمي والتوجيه المدرسي والمهني... الخ وممرضات الطب النفسي فليسوا مؤهلين بالأصل من أجل إجراء تشخيص أو علاج دقيق مسؤول.

وعلى الرغم من أنه يوجد تداخل بين نشاطات كل المجموعات المهنية العاملة في مجال رعاية المرضى نفسياً فيما يتعلق بمجال عملها، إلا أن كل تخصص أو فرع له مجال عمله الخاص. وحتى الأطباء النفسيون الذين يمتلكون التأهيل نفسه أو المعالجون النفسيون الذين يمتلكون التخصص نفسه يختلفون عن بعضهم نوع وطريقة العلاج الذي يقدمونه لمتعالجيهم وفي الظروف التي يجرون فيها علاجهم.

ومن المعتاد في كل أشكال الاضطرابات النفسية تقريباً أن يتعاون المتخصصون من التخصصات المختلفة سواء في البداية في إطار استشارة التشخيص الأولي أو كجزء من فريق عمل شامل متعدد التخصصات، أي فريق مكون من عدة تخصصات تعمل مع بعضها. ويعد هذا التعاون ضرورياً لوجود أطر قانونية معينة تنظم عمل المجموعات العلاجية ونوع العمل الذي تقوم به هذه المجموعات من ناحية، ومن ناحية أخرى تحدد الأقسام التي يسمح لها بممارسة نشاطات معينة والأقسام غير المسموح لها. ولعل خير مثال على ذلك مسألة وصف أدوية نفسية أو تنظيم الدخول في المستشفى الذي يقرره في غالبية الدول الأطباء. بالمقابل فإن الأشكال المختلفة من العلاج النفسي كالعلاج السلوكي الاستعرافي والعلاج بالمحادثة وأشكال أخرى من المعالجات النفسية الأخرى وكذلك الاختبارات النفسية وبشكل خاص في سن الطفولة واليافوخ تمثل أساس عمل المتخصصين النفسيين الإكلينيكين.

كما أن كثير من أشكال الاضطرابات النفسية تتطلب في المراحل المختلفة من مجرى المرض خبراء مختلفين. مثال ذلك مريض الفصام الذي يتطلب في البداية علاجاً دوائياً من الطبيب النفسي، وعندما تخف الأعراض يحتاج إلى علاج نفسي من قبل معالج نفسي يواصل العمل مع المريض وأسرته من أجل منع الانتكاس على سبيل المثال.

2- المجموعات المهنية المتخصصة في علاج الاضطرابات النفسية

من أجل تقويم الإمكانيات المختلفة في إطار تشخيص وعلاج الاضطرابات النفسية بشكل أفضل من المهم معرفة أن المهن المتفرقة المعنية بالاضطرابات النفسية تختلف عن بعضها في مدخلات تأهيلها ومخرجاته. وهذه المدخلات والمخرجات

محددة بدقة كبيرة وبصورة صارمة لدى الأطباء والمتخصصين النفسيين العياديين (الإكلينيكين). أما في المجالات الأخرى على نحو المتخصصين بالعلاج الأسري أو الزواجي أو الأشخاص العاملين في ميادين التعلق والإدمانات فإنه من الصعب لديهم التحديد أي نوع من التأهيل والتخصص يمتلك هؤلاء. فلدى الأطباء يوجد تنظيم دقيق للتأهيل الأساسي الذي يجب أن يتلقاه الطبيب من خلال امتحان الدولة (البورد أو ما يوازي ذلك) وقوانين منح تراخيص المهنة، وكذلك الحال لدى المتخصصين النفسيين الإكلينيكين من خلال التأهيل الجامعي. إلا أنه في نهاية الدراسة الجامعية توجد فروق كبيرة جداً في إطار التأهيل الإضافي والتدريب المستمر ويوجد عدد كبير من التخصصات على نحو العلاج السلوكي، أو العلاج السلوكي الاستعرافي والعلاج بالتحليل النفسي التقليدي والعلاج بالتحليل النفسي المختصر والعلاج النفسي المتمركز حول المتعالج ... الخ. وضمن تلك توجد تخصصات وتفرعات أخرى. وهذا التأهيل والتدريب المستمر المتنوع وما يرتبط مع ذلك من تسميات إضافية للتخصص تجعل من الصعب على الجمهور التقرير من هو المتخصص المناسب لمعالجة الموقف المشكل.

ومن المهم أنه عندما يتعلق الأمر بالعلاج النفسي التمييز بين المعالجين الأطباء والمعالجين النفسيين غير الأطباء. وعندما يقرر المرء إجراء علاج نفسي عليه أن يلجأ بداية إلى طبيب مؤهل في هذا المجال الذي يحوله بدوره إلى معالج نفسي متخصص. وهذا يعني كذلك أنه يمكن للإنسان أن يراجع معالجا نفسياً مباشرة يقوم بدوره بتحويله للطبيب أو للطبيب النفسي أو العصبي أو يراجع الطبيب في البداية. ويتعلق هذا الأمر بدول أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية بتمويل العلاج من قبل صناديق الضمان الصحي.

يستطيع بعض الأطباء إجراء علاج نفسي مختصر. إلا أن العلاج النفسي يحتاج في العدة إلى وقت أطول. وهذا يعني أن الطبيب يستطيع خلال بضع جلسات تحديد المشكلة وطرح التشخيص ويضع برنامج علاج مؤقت، وبعد ذلك يقوم بالمهمة الطويلة الأمد المعالج النفسي.

1.2- الأطباء وتأهيلهم وتدريبهم المستمر

يتعلم الأطباء العاملون عياداتهم الخاصة أو العيادات المشتركة أو في الأقسام الطبية في المستشفيات في إطار دراستهم للطب بعض الأسس القليلة حول الاضطرابات النفسية، حيث تهدف هذه الأسس المتواضعة إلى التعرف على الفئات الرئيسية على الأقل للاضطرابات النفسية من أجل التمكن من تحويل المرضى إلى المكان المناسب. غير أن العلاج المتخصص للاضطرابات النفسية على نحو تلك المعروضة في هذا الكتاب يتطلب تأهيلاً إضافياً. وهنا يتم التمييز في المحيط الناطق بالألمانية بين مجموعات مختلفة من الأطباء.

1.1.2- الأطباء النفسيون والأطباء العصبيون

يمر الأطباء النفسيون وأطباء الأعصاب بعد تخرجهم من كلية الطب ببرنامج تأهيل يبلغ سنين متعددة يقضونه على الأغلب في الأقسام الطبية النفسية، على نحو مستشفيات الطب النفسي الجامعية، يتعلمون فيه تشخيص وعلاج غالبية أشكال الاضطرابات النفسية. ويتم التركيز هنا على مظهر العلاج الكيماوي بالدرجة الأولى، أي على العلاج بالدواء، مع العلم أنه يوجد الآن في ألمانيا عدد متزايد من الأطباء النفسيين الذين يجرون تأهيلاً علاجياً نفسياً إضافياً ويمارسونه في عياداتهم.

2.1.2- الأطباء الآخرون مع تأهيل علاجي نفسي إضافي

يستطيع الأطباء من التخصصات المختلفة الالتحاق ببرنامج تدريب مستمر مختلف المدة في العلاج النفسي. وحسب طبيعة ومدة البرنامج يمكنهم التدريب على أشكال مختلفة من العلاج النفسي المعمق أو على بعض أشكال العلاج السلوكي.

ويستطيع الأطباء النفسيون وأطباء العصبية والأطباء الذين أجروا تأهيلاً إضافياً تغطية مجالاً واسعاً إلى حد ما من إجراءات العلاج على نحو التشخيص الجسدي الدقيق عبر استخدام وسائل تشخيص متخصصة كما هو الحال مثلاً في الأمراض العصبية ووصف الأدوية والتحويل إلى المستشفى. وغالباً ما يعمل هؤلاء مع مجموعات مهنية أخرى كالمختصين النفسيين من اتجاهات مختلفة.

2.2- المتخصصون النفسيون وتأهيلهم الإضافي

في ألمانيا يكون لقب دبلوم - نفسياني Diploma - Psychologist⁽¹⁾ في المجال الإكلينيكي هو التخصص الوحيد المحمي قانونياً أما شهادة النفسياني Psychologist من أي تخصص كان فهي ليست محمية قانونياً. فشهادة الدبلوم النفسياني هي الوحيدة التي تتيح للشخص تشخيص وعلاج الاضطرابات النفسية. وكما هو الحال لدى الأطباء فإن هذه الشهادة بحد ذاتها أو الدراسة بحد ذاتها غير كافية من أجل علاج الاضطرابات النفسية بحيث أن كل متخصص تقريباً في علاج الأشكال المختلفة من الاضطرابات النفسية يمتلك تأهيلاً إضافياً مختلفاً.

وكما هو الحال كذلك لدى الأطباء يوجد اتفاق بين علماء النفس أن الدراسة الجامعية المنتهية بالدبلوم لا تكفي وحدها لممارسة نشاط مستقل ومسؤول. وهذا يعني أن جميع خريجي الدبلوم في المجال الإكلينيكي يمتلكون تأهيلاً إضافياً أو مستمراً يتضمن تأهيلاً متخصصاً ومُعترف به من منظمة أو جهة حكومية (على نحو معاهد التدريب المستمر للجامعات، والمعاهد المرخصة حكومياً..الخ).

3.2- مجموعات مهنية أخرى

يعمل إلى جانب الأطباء والمتخصصون النفسيون الإكلينيكيون مجموعات مهنية أخرى في ميادين الرعاية الصحية يعملون في معالجة المرضى نفسياً. حتى أن بعضهم يطلق على نفسه تسمية "معالج نفسي" أو يسمى نفسه باتجاه علاجي معين "معالج تحليلي" "معالج سلوكي" أو "متخصص بالتنويم" أو "بالبرمجة العصبية" ... الخ. ومن بين هذه المجموعات المهنية يمكن ذكر عاملوا الخدمة الاجتماعية والتربويين والممرضات والمعالجون الفيزيائيون والمتخصصون بالتربية الاجتماعية⁽²⁾. وعادة ما يعملون تحت إشراف الطبيب أو المتخصص النفسي الإكلينيكي حامل الدبلوم ويقومون بمهام معينة على نحو الإشراف البعدي على المرضى والمساعدة في

(1) مدة الدراسة خمس سنوات تنتهي بالدبلوم الذي يوازي الماجستير في البلدان العربية.

(2) تزداد ظاهرة انتشار من يطلق على نفسه خبير في التنمية البشرية في البلاد العربية، وهؤلاء يمارسون العلاج أحياناً ومنح الشهادات دون أي أساس قانوني.

المشكلات الاجتماعية. ويقومون في بعض الأقسام المتخصصة على نحو الأقسام المتخصصة بالإدما بتتفيذ جزء من العلاج بشكل مستقل، مثل ذلك إجراء بعض التمارين النفسية من قبل الممرضات وإجراء جلسات فردية وجماعية مع الكحوليين والمتعلقين بالعقاقير أو الإشراف المستمر على الطبيعة كما هو الأمر في عاملوا الشوارع Street-Worker في مجال العقاقير والذين لا يمتلكون ملجأً.

ومهما بدا عمل هذه المجموعات مهماً في الإشراف على المجموعات في إطار الفريق العلاجي إلا أنها غير مؤهلة بشكل كاف من أجل إجراء علاج نفسي مستقل. لهذا ينبغي الحذر من بعض الأشخاص العاملين في هذه الميادين الذين يطلقون على أنفسهم ألقاباً توحى بأنهم معالجون نفسيون أو متخصصون بالعلاج الإيحائي أو بالتنويم أو بالبرمجة العصبية أو ما يشبه ذلك من التسميات.

3- الأقسام

الأقسام الطبية النفسية والعلاجية النفسية في الدول المتقدمة في الرعاية الصحية والنفسية متنوعة ومتعددة. ولن نتعرض هنا لتفاصيل حولها وحول وظائفها، إلا أننا نعطي لمحة عامة حول تقسيماتها وأعمالها من خلال الجدول التالي:

الأقسام الطبية النفسية والعلاجية النفسية

المستشفيات المركزية والنصف مركزية

- 1- المستشفيات الجامعية للطب النفسي ومستشفيات الأبحاث
- 2- مستشفيات الطب النفسي
- 3- الأقسام الطبية النفسية في المستشفيات العامة
- 4- العيادات أو الأقسام العصبية
- 5- عيادات العلاج النفسي / عيادات السيكونوسوماتيك التخصصية

- 6 أقسام العلاج النفسي / أقسام السيكلوسوماتيك التخصصية
- 7 عيادات إعادة التأهيل
- 8 عيادات الاستشفاء، ومصحات النقاهة (للاضطرابات النفسية)
- 9 العيادات النهارية
- 10 العيادات الليلية

الأقسام الخارجية (المستوصفات)

- 11 العيادات الخاصة
- 12 مستوصفات العلاج النفسي / السيكلوسوماتيك
- 13 مستوصفات الطب النفسي
- 14 مراكز الإرشاد:

- أ - التربوية (للأطفال واليا فعين والوالدين)
- ب- الزوجية / الحياة
- ج- المشكلات الجنسية
- د- العقاقير / الكحول
- هـ- الطلاب

- 15 الأقسام الاجتماعية العلاجية
- 16 الخدمات الطبية النفسية الاجتماعية
- 17 الخدمات النفسية المدرسية

الأقسام التكاملية

- 18 مساكن للمعوقين عقلياً أو للمرضى نفسياً.
- 19 مجموعات سكنية حامية
- 20 ورشات للمعوقين (ورشات حامية)
- 21 الرعاية النفسية على الهاتف
- 22 نادي المرضى
- 23 منظمات المساعدة الذاتية

صفحة زوجية فارغة

يوضع بدلا عنها صفحة بيضاء عند الطباعة النهائية.

الفصل الثالث عشر

الأساليب العلاجية النفسية

1- مدخل

العلاج النفسي مفهوم عام لأساليب متباينة جداً يمكن أن يتم استخدامها كعلاج فردي ضمن المجموعة في حالات المعاناة والمشكلات النفسية والجسدية. أما السمة الأساسية فتتمثل في أن المساعدين، أي المعالجين المؤهلين يستخدمون طرقاً نفسية محددة بدقة ومبرهنة بشكل أصلي، من أجل مساعدة المرضى. فالعلاج النفسي إذاً لا يُعرّف - كما يعتقد كثير من الأشخاص - على أنه التعديل الحاصل في السمات النفسية، إذ أن هذه التعديلات يمكن أن تتم من خلال استخدام الأدوية. العلاج النفسي يُعرّف من خلال استخدام طرق نفسية تقليدية محددة كالمحادثة والتمارين القائمة على أسس علاقة بين إنسانية موثوقة محددة بدقة بين المعالج والمتعالج في جلسة علاجية. لهذا يمكن كذلك استخدام الطرق العلاجية النفسية أيضاً لتعديل حالات المعاناة الجسدية.

ومن المؤكد أن الإنسان قد حاول منذ غابر الأزمان التأثير على الناس وقائياً أو مساعد بالطرق النفسية. فقد استخدم الإنسان الموسيقى والأساليب العلاجية الصوفية لعلاج الميلائخوليا أو كما نصفها اليوم لعلاج الحالات الاكتئابية الشديدة. وفي القرن الثامن عشر كانت هناك حركة واسعة تطلق على نفسها حركة "النفس" Psycho التي اهتمت بالحمية الروحية Spirit-Dietetic.

إلا أن تطور العلاج النفسي بالمعنى الحديث الذي نفهمه اليوم لم يبدأ إلا في نهاية القرن التاسع عشر على يد كل من سيجموند فرويد في فيينا وليتتر فيتمر Lightner Wittmer في الولايات المتحدة الأمريكية وإيفان بافلوف في روسيا وإيميل

كريبلين في ميونخ بألمانيا وبصورة مستقلة عن بعضهم. ومنذ ذلك الحين تطور ليس أقل من 400 مبدأ علاجي يتم استخدامها من المتخصصين في كل ميادين الإمداد النفسي. وفي العقود الأخيرة من القرن العشرين تمت دراسة فاعلية العمليات العلاجية النفسية بشكل جوهري. وكما عرضنا في فصل فاعلية الطرق العلاجية المختلفة فإن التأثير المخفف أو الشافي للعلاج النفسي للاضطرابات النفسية من ينشأ خلال عمليات مركبة للتواصل بين المريض الذي "يعاني" والمعالج "الشافي"⁽¹⁾ وتتضمن هذه العمليات في العادة أشكال من التحرر الانفعالي والتعلم وإعادة التعلم فيما يتعلق ببعض عمليات التفكير النمطية بالنسبة لكل إنسان القائمة على استقبال المعلومات وتمثل معلومات ومعارف جديدة حول نفسه والعالم. إنها تقوم على علاقة موثوقة بالمعالج الذي يقدم للمعالج المعارف المتخصصة والدعم والتفهم والأمل والأمان وعلى نموذج للاضطراب يستطيع المتعالج التماهي.

يمكن للعلاج النفسي أن يحدث تغيرات عميقة في حياة الناس. فكل العلاجات النفسية تمكن المعني من النظر لنفسه بأسلوب جديد والتعامل مع الحياة أو مشكلات حياتية محددة أو أزمت حياتية معينة. حتى الأشخاص الذين يعانون لسنوات مديدة من الكف وأنماط السلوك التدميرية وحالات القلق المزمنة يستطيعون التحرر من اضطرابهم ومعاناتهم أو على الأقل يمكن دعمهم على إدارة حياتهم بصورة باعثة على الرضى وناجحة.

وقد ناقشنا استخدام العلاج النفسي لمعالجة الاضطرابات النوعية في مكانها المناسبة في فصول هذا الكتاب.

2- أهداف العلاج النفسي

سمة أخرى من سمات العلاج النفسي بأنه يتعقب دائماً أهدافاً محددة. إن الهدف الأول وربما الأهم هو تخفيف المعاناة الروحية. ويمكن لضغط المعاناة هذا أن يعبر

(1) معنى مجازي هنا فالشفاء لله وحده. ويشبه فرويد عمل المعالج النفسي بعمل الجراح الذي يجري العملية ويخيط الجرح فقط.

عن نفسه من خلال المشاعر المؤلمة والمخاوف والاكتئاب أو يتجلى على شكل أعراض كالأفكار والتصرفات القهرية والكف ونوبات الهلع والمشكلات الجسدية ذات النفسية المصدر والمشكلات الجنسية و"الحصار" النفسي التي تلحق الضرر بإنجازات الفرد في مجالات كثيرة وإحساسه وسعادته.

ويقوم الهدف الثاني الواعد على تعديل أنماط السلوك المرهقة وسمات الشخصية المشكلة. وتثبت هذه الصعوبات في العادة من بشكل مديد في مجالين مهمين من مجالات الحياة: في العلاقات الانفعالية بالآخرين وفي مجال العمل والدراسة والمنزل. يتركز اهتمام المبادئ العلاجية النفسية المختلفة بصعوبات العلاقات ومشكلات احترام الذات وانخفاض مشاعر القيمة الذاتية وعدم الثقة المحفور بعمق وكره الذات وأنماط السلوك المؤذية للنفس.

أما الهدف الأكثر طموحاً لكثير من الأساليب العلاجية فيتألف في رفع مشاعر القيمة الذاتية وقدرة المريض على معرفة نفس، أي التبصر الذي يمكن أن يقود إلى تحسين القدرة على الحكم والمرونة الانفعالية والنضج والتكيف الناجح مع ضرورات الحياة.

3- منافع العلاج النفسي

أثبت العلاج النفسي العلمي الحديث فاعليته في طيف واسع جداً من الشكاوى النفسية. وفي الواقع يوج اليوم لكل شكل من أشكال الاضطرابات النفسية تقريباً لدى الأطفال والراشدين طريقة ما من طرق العلاج النفسي، وأحياناً يكون العلاج النفسي هو الإمكانية العلاجية الوحيدة وفي حالات أخرى بالتوليف مع مبدأ علاجي جسدي ما. بل حتى أن الأشخاص الذين لا يعانون من اضطراب نفسي وإنما يكونوا غير واثقين أو غير راضين عن حياتهم ومجراها يمكنهم أن يستفيدوا من العلاج النفسي. فمن خلال تعميق معرفتهم بذاتهم يمكنهم رفع كفاءاتهم في النمو النفسي ويزيدون من رضاهم الانفعالي.

4- أشكال العلاج النفسي

يتم إجراء العلاج النفسي مع مرضى أفراد أو مجموعات أو مع الأسرة أو مع الزوجين. إنه يستمر لوقت محدد مسبقاً إلا أنه يمكن أن يمتد في بعض الحالات إلى سنوات، إلى أن يصل المعالج والمتعالج إلى الرؤية المشتركة بأن أهداف العلاج قد تحققت.

وبغض النظر عما إذا كان العلاج يجري في العيادة أم في المستوصف أم في المستشفى يمكن تصنيف العلاجات النفسية التي يقدمها معالجون نفسيون متخصصون ضمن فئات ثلاثة كبيرة: وهي العلاج النفسي الداعم غير النوعي والعلاج النفسي الديناميكي أو الأعماقي (التحليل النفسي) والعلاج النفسي السلوكي. وهناك مجموعة رابعة التي يمكن وضعها تحت فئة العلاجات الإنسانية. كما هناك عدد كبير من المبادئ العلاجية مازالت قليلة التدعيم العلمي. وتهدف إلى مساعدة الأشخاص الأصحاء على النمو الشخصي وتحقيق الذات أكثر من المساعدة على معالجة مشكلات واضطرابات نوعية. وأخيراً نشير إلى الأهمية المتنامية لمجموعات المساعدة الذاتية ومجموعات المعنيين التي تقدم خدماتها في جزء منها بالتعاون مع المعالجين المحترفين.

وتحدد المبادئ العلاجية النفسية المختلفة نوعية المعلومات التي يتوقعها المعالج من المتعالج والأسلوب الذي يحاول من خلاله التأثير في المعني من أجل تحقيق الأهداف العلاجية. ويهتم المعالج في العلاج النفسي الداعم بالدرجة الأولى بمنح المتعالج الفرصة للبحث عن نفسه والتعبير الصريح عن مشاعره. ويركز بشكل غالب على المشكلات الحياتية الراهنة ومشكلات المواجهة الراهنة. وفي العلاج السلوكي يهتم المعالج النفسي السلوكي في البداية من خلال القيام بتمارين معينة وأداء واجبات محددة وأسئلة بالتوضيح للمريض كيفية يمكن لأنماط معينة من السلوك والعادات وأنماط التفكير والأحداث المشكلة أن تؤثر على تفكيره ومشاعره وجسده ويمكن أن تقود لاضطرابات نفسية. وعادة ما يحاول مع المريض بعد ذلك إجراء تمارين ذهنية مناسبة (تطلق عليها في اللغة العلمية تسمية الاستعارات Cognitive) وتمارين سلوكية عملية من أجل إحداث التغيير.

وفي المبادئ العلاجية الأعماقية يحاول المعالج الكشف عن الأسباب العميقة المفترضة للمشكلات الانفعالية الكامنة منذ الطفولة في اللاشعور. وهنا يحاول المعالج أن يوضح للمريض ماهية التأثيرات التي تمتلكها الانفعالات والعلاقات الباكرة الخبرات الراهنة من أجل تنمية أشكال جديدة من المواجهة مع الحاضر والمستقبل.

وفي الحالة المثالية يصل المعالج بعد تقويم مسهب للصعوبات وظروف الحياة الراهنة للمريض الشكل المناسب من العلاج له. إلا أنه غالباً ما يتعلق اختيار طريقة العلاج بنوعية تأهيل المعالج النفسي الذي تتم استشارته أو بالإمكانات العلاجية المتوفرة في المحيط الاجتماعي للمريض. ومن المثير للاهتمام أنه يمكن تحقيق نتائج جيدة من العلاج النفسي إذا ما تمت من قبل متخصص مؤهل وكفئ. وعلى الرغم من أن بعض المعالجين النفسيين يقتصرون في عملهم على واحدة من الأشكال الأربعة المذكورة أعلاه، إلا أن الغالبية من المعالجين يكونوا مؤهلين بأكثر من شكل من أشكال العلاج ويستخدمون في عياداتهم عدداً كبيراً من طرق المدارس العلاجية المختلفة.

5- المعالجات الفردية

يعد العلاج الفردي أفضل أشكال العلاج وتصلح لمعالجة طيف واسع من المشكلات الطبية النفسية والنفسية. ويحتل الفرد بمشكلاته الخاصة وأساليب مواجهته لها وآليات دفاعه وسلوكه المشكل مركز الاهتمام. ويمتد العلاج الفردي ليشمل كل "الضروب" بدءاً من أشكال العلاج الداعمة بشدة والمقدمة للنصيحة والمباشرة إلى المبادئ الاستقصائية أو الكاشفة وغير المباشرة والتي يعد التحليل النفسي أكثرها تكلفة.

1.5- العلاج النفسي الداعم (غير النوعي)

في كل أشكال العلاج النفسي، كما هو الأمر في كل عمليات الشفاء، "للعلاقة" بالمعالج أهمية كبيرة بالنسبة لنتيجة العلاج. وتحتل العلاقة في العلاج النفسي الداعم والمساندة الانفعالية الداعمة أهمية مركزية. وتتمثل أهداف هذا

التنوع من العلاج بمنح الدعم النفسي للمتعالج من أجل التخلص من الأعراض المرهقة ومساعدته على إعادة التوازن الانفعالي وإيجاد حل للمشكلات الراهنة وأن يتمكن من يعود إلى حالته الفاعلة السابقة. ويعد هذا الشكل من العلاج من أكثر أشكال العلاج الفردي ممارسة بالتوليف مع العلاج الدوائي على الأغلب أو العلاجات الجسدية الأخرى وكذلك في إطار الإقامة في المستشفى.

ويختلف العلاج النفسي الداعم عن أشكال العلاج الأخرى من ناحية أنه لا يهدف إلى إحداث تغيرات عميقة في أو إلى استثارة الاستبصار العميق بالصرعات النفسية العميقة التي يمكن أن تكون قد أسهمت في حدوث الصعوبات الراهنة، على الرغم من أن بعض المرضى يصلون لهذه المعرفة. والمعالجون الذين يعالجون يكونون في العادة مؤهلين بتقنيات العلاج الدينامي (التحليلي) وبعض المرضى يستغلون الإمكانية لإجراء شكل معمق أو أوسع من العلاج بمجرد أن تكون مشكلاتهم قد حُلّت.

2.5- منافع المعالجة

يفيد العلاج النفسي الداعم بشكل خاص كعلاج قصير الأمد يركز على الوضع الراهن للأشخاص الذين ما زالوا أصحاء نفسياً إلى حد ما إلا أنهم يمرون بمرحلة من الصعوبات الانفعالية ويلاحظون أنهم غير قادرين على مواجهة الإرهاقات (أنظر أدناه). ومن هذه الزاوية يمكن اعتباره مساعدة كبيرة للناس الذين يعانون من العواقب النفسية لمرض جسدي على سبيل المثال. كما يتم استخدامه في معالجة الأشخاص الذين يمتلكون أعراضاً نفسية وانفعالية ولكنهم ينظرون بحذر للأشكال العلاجية المتخصصة المعقدة، أي بكلمات أخرى مع الأشخاص الذين لا يهتمون بصورة عفوية أو غير القادرين على إعادة النظر بمشاعرهم وأنماط سلوكهم.

يتم استخدام العلاج النفسي الداعم طويل الأمد مع الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات طبية نفسية شديدة ومزمنة واضطرابات في الشخصية وغير القادرين على تحمل الإرهاقات الانفعالية لعلاج نفسي معمق. فهؤلاء الأشخاص يحتاجون للدعم والإرشاد في حياتهم اليومية الأمر الذي يقدمه لهم هذا الشكل من العلاج بالتحديد.

3.5- التأثير

العلاج النفسي الداعم عبارة عن شكل مباشر directive من العلاج يتعامل فيها المعالج مع المريض بشكل فاعل ويوجه مجرى العلاج. ويقابل المعالج المتعالج بالتعاطف والتفهم وبالكلام المهدئ، ويشجعه على التعبير عن المشاعر المؤلمة ويقدم له النصائح ويقوي من قدرته على التعامل بشكل أفضل في الحاضر ويقوي من "آليات دفاعه" بدلاً من التشكيك بها كما هو الأمر في العلاج النفسي الديناميكي أو بدلاً من تحليلها.

وآليات الدفاع عبارة عن أنماط من ردود الأفعال يتمثل الإنسان من خلالها خبراته الانفعالية الداخلية دون أن يكون ذلك مدركاً بالنسبة للشخص، أي أنها تكون لا شعورية. وغالباً ما تحمي وسائل الدفاع الشخص المعني من الوقوع في فخ الألم الانفعالي. مثال ذلك يحمي الأشخاص الذين يخبرهم الطبيب بوجود مرض كالسرطان أو القلب أنفسهم من الخوف من الموت بإنكار إنهم مرضى، أو من خلال امتناعهم عن العلاج الطبي الضروري. ويمكن للمعالجين النفسيين أن يساعدوا المريض على تعزيز الجوانب الإيجابية والمنمية للتكيف لاستراتيجيات إنكاره، التي تتيح له الأمل (على نحو قول المريض "أستطيع العيش مع ذلك"). وفي الوقت نفسه يشجعون المريض على تقبل العلاج ("عندما أجري علاجاً كيميائياً فأني أمتلك فرصة أفضل للتخلص من مرضي"). وعندما لا تتمكن آليات الدفاع من السيطرة على الألم بشكل فاعل يستطيع المعالج أن يعيد بناء الوظائف المفيدة لآليات الدفاع. والأشخاص الذين عانوا من ضربات مؤلمة للقدر كالطلاق أو فقدان العمل يشعرون بأنهم فاشلون وينسحبون من ممارسة نشاطات الحياة اليومية مشتتين. ويمكن هنا للمعالج أن يساعد على إخراج غضبهم الحانق وإحساسهم بالكيد من أعماقهم وتوجيهه باتجاه آخر، ويستطيع تقوية إحساسهم بذاتهم وتقديرهم لها وتشجيعهم على العودة إلى التعامل مع الواقع بطريقة ملائمة.

ويمكن لتقنيات العلاج الاستعرافي السلوكي أن تشكل مكملاً مفيداً للعلاج النفسي الداعم على نحو تشجيع المتعالج المنسحب من الواقع على تعلم مهارات اجتماعية أو من خلال تدريب مريض بالقلق على تقنيات الاسترخاء.

4.5- التدخل في الأزمات

التدخل في الأزمات عبارة عن شكل من العلاج النفسي الداعم القصير والمكثف للأشخاص الذين يمرون بأزمة حياتية حادة الذين يكونون في الوقت الراهن في حالة من الاستثارة الداخلية ويساعد الناس في جميع ظروف حياتهم المختلفة. فالإرهاقات المفاجئة وغير المتوقعة كحادث موت في الأسرة أو التسريح أو الحوادث يمكنها أن تسبب مخاوف جبارة واكتئاب شديد وتؤدي لدى المعني إلى شلل المشاعر وفقدان السيطرة على أنفسهم. ويقوم المعالج هنا بتقوية قوة المواجهة عند المريض ويساعده بإعادة التوازن إلى حياته من خلال منحه فرصة التعبير عن المشاعر المؤلمة والاحتفاظ بالاستبصار إلى حد ما والبحث عن الدعم.

وفي ختام التدخل في الأزمات يمكن أن تكون الأشكال الأخرى من العلاج مفيدة وضرورية من أجل فهم أسباب الأزمة ومنع تكرارها. ويتطلب علاج التدخل في الأزمات عادة بين الأسبوع والثلاثة أسابيع بعدد من الجلسات يبلغ بين الجلستين حتى الأربعة أسبوعياً.

6- العلاجات النفسية المعمقة

العلاجات النفسية المعمقة والتي تطلق عليها تسميات مختلفة مثل العلاج النفسي القائم على الاستبصار، أو العلاج النفسي التحليلي أو العلاج النفسي الدينامي مشتقة جميعها من مدارس التحليل النفسي. وتشترك جميعها بالفرضية الأساسية بأن مشاعر وأنماط سلوك شخص ما تتأثر بشكل أساسي بالخبرات الباكورة في الطفولة والمراهقة وبظروف الحياة الراهنة. وتحاول من خلال تقنياتها لمختلفة مساعدة المعني على الاستبصار بعالم مشاعره بما في ذلك تأثيرات الماضي على الحاضر، من أجل التغلب على الصعوبات الراهنة واستثارة التعديل في شخصيته وسلوكه.

وتتشترك كل المبادئ العلاجية الدينامية بفرضيات ومبادئ معينة منها الفرضيات التالية:

- 1- اللاشعور الدينامي: إن جزءاً كبيراً من حياتنا يدور خارج الشعور، إلا أنه يؤثر على خبراتنا الراهنة ويحثها باستمرار. وكثير من أنماط السلوك بما في ذلك ما يسمى بالسقطات، كزلات اللسان والأعراض كالقلق والاكتئاب.. الخ والأحلام والهوامات أو التخيلات تقدم لنا دلائل على طريقة عمل اللاشعور.
 - 2- أهمية الخبرات والنمو في سني الطفولة المبكرة: منذ لحظة الولادة تؤثر كل مرحلة من مراحل الحياة على المراحل النمائية الأخرى وتسيطر في بعض الأحيان باستمرار على عالم مشاعرنا وأنماط سلوكنا. وبما أنها تمهد التربة للخبرات اللاحقة فإن خبرات الحياة المبكرة جداً تعد مهمة بصورة خاصة.
 - 3- الصراع البين نفسي: منذ خيوط الطفولة الأولى وطوال حياتنا تظل حاجتنا ورغباتنا متناقضة مع بعضها ومع الممنوعات الاجتماعية والوالدية، على نحو رغبة الطفل البالغ من العمر سنتين بقتل المولود الجديد في الأسرة من أجل أن يظل هو الطفل الوحيد، أو الخوف الجبار للراشد من الرفض كعقاب على مشاعره "السيئة" أو "غير المقبولة". وبما أن هذه الصراعات مؤلمة ومثيرة للقلق يتم إبقاؤها بعيداً عن ساحة الشعور من خلال آليات الدفاع الأولية (حول آليات الدفاع الأولية ووظائفها راجع: الصحة النفسية، تأليف سامر جميل رضوان. منشورات دار المسيرة، عمان، الأردن. 2002) وتحويلها إلى أعراض أحياناً كالصداع والرهابات والقلق، تدفع المعني للبحث عن المساعدة النفسية. وتمتلك هذه الرغبات والمخاوف تأثيراً على الحياة النفسية الراهنة. وفي الحقيقة فإن غالبية تصرفات الإنسان تتحدد من خلال التأثير المتبادل بين الخبرات الراهنة والقوى الدينامية اللاشعورية من أجل التوفيق بين الرغبات المتنافسة والمخاوف.
- وتحاول كل المبادئ العلاجية الدينامية بطريقة أو بأخرى الكشف عن الصراعات اللاشعورية الكامنة وجعلها شفافة لفهم الطريقة التي تؤثر من خلالها على الخبرات الراهنة وتحددها.

1.6- التحليل النفسي

يعد التحليل النفسي أكثر شكل من أشكال العلاج النفسي الدينامي تكلفة. وي طرح على المريض درجة عالية من مطالب التحمل الانفعالي ووقته وموارده المادية. ولهذا السبب فهي في الولايات المتحدة الأمريكية وألمانيا من أقل أشكال العلاج النفسي المعمق استخداماً. وبما أن التحليل النفسي يمثل طليعة كل العلاجات ضمن هذه الفئة فسوف نقوم بعرضها في المقام الأول هنا.

بدأ الطبيب العصبي سيجموند فرويد في نهايات القرن التاسع عشر معالجة مرضاه بالتحليل النفسي. وقامت الأجيال الأخرى من المحللين النفسيين بتطوير نظريته وتقنياتها عما كانت عليه في زمنه بشكل كبير. ويمثل التحليل النفسي الراهن مدرسة علاجية علمية وعلاجية نفسية وفكرية راقية.

ويوجد عدد كبير من المتغيرات النظرية لمدرسة التحليل النفسي مشتقة من مذهبي كل من سيجموند فرويد وكارل غوستاف يونغ وميلاني كالاين - نظرية علاقة الموضوع وعلم نفس الأنا - وآخرين. وتختلف هذه المذاهب في الأهمية التي يوليها كل منه للدوافع والصراعات اللاشعورية ودور الخبرات الطفولية المبكرة اللاعبة في هذه الدوافع والصراعات الشعورية. ويقوم التحليل اليونغي على تعاليم كارل غوستاف يونغ، الذي كان معاصراً لفرويد. وينطلق يونغ من تصورات الأساطير والرموز العالمية ومن الوعي الجمعي الذي هو أشمل من اللاشعور الفردي.

ويسعى التحليل النفسي من بين كل أشكال العلاج النفسي إلى تحقيق أكثر الأهداف شمولاً وطموحاً: فبدلاً من التركيز على حل مشكلات راهنة معينة يحاول بناء الشخصية وإحداث تعديلات عميقة في الطبع والسلوك. ومن أجل تحقيق هذا يستخدم تقنيات نوعية أو خاصة - والتي سنعرض لها فيما يلي - من أجل استجاعة المريض الذي تطلق عليه في التحليل النفسي تسمية "المحلل" "Analysand" لاسترجاع خبرات الطفولة والهوامات إلى الذاكرة وجعل الصراعات التي تؤثر على مشاعره الراهنة وسلوكه شعورية.

وعادة ما يكون التحليل النفسي عملية طويلة وبطيئة من الاستبصار المتزايد

الذي يقود إلى معرفة عميقة بالذات والنضج والنمو الانفعالي. وقد تم تشبيه التحليل النفسي بتقشير البصلة المتعددة الطبقات، حيث تتم من خلال إزالة الطبقة الرقيقة تلو الأخرى التحرير التدريجي للمحددات والمشاعر اللاشعورية - المخاوف والرغبات الطفولية -. وعندما يتم الوصول إليها يمكن تحمل الصراعات مع الوقت وفهمها وتقبلها وحلها. أما النتيجة فتكون تغير السلوك والمشاعر ويحقق الفرد درجة جديدة من النضج. ويغلب أن يخرج الناس من التحليل بتفهم متعمق وصورة أكثر تمايزاً أو وضوحاً حول أنفسهم والآخرين في حياتهم.

ويتطلب العلاج بين الثلاث إلى خمس جلسات في الأسبوع مدة كل منها 45 دقيقة يمتد بين الثلاث إلى الخمس سنوات.

1.1.6- منافع المعالجة

التحليل النفسي عبارة عن شكل غير مباشر من العلاج أو غير توجيهي يعمل فيها المحلل النفسي بالتعاون مع المتعالج على سبر الآليات الداخلية لحياته النفسية. وبما أن المحلل النفسي لا يقدم نصائح وتوجيهات وتعليمات لحل المشكلة فلا ينصح بعلاج الأشخاص الذين يعانون من أزمة ويحتاجون لتدخل فاعل بهذا النوع من العلاج. إلا أنه يتم استخدام التحليل النفسي في بعض الأحيان في علاج صور مرضية معينة على نحو الاكتئاب الشديدة بالتوليف مع العلاج الدوائي الذي يثبت المريض ويتيح له مواصلة عملية التحليل النفسي.

ويتطلب العلاج النفسي وجود ذكاء متوسط على الأقل والاستعداد لمعرفة الذات والقدرة على تحمل المشاعر المؤلمة والإحباط ومقداراً معيناً من القدرة على إقامة علاقة. لهذا لا ينفع التحليل النفسي مع الأشخاص الذين يعانون من ذهان حاد أو مع شديدي الاندفاع أو مرضى الإدمان أو مرضى الاكتئاب الشديد، على الرغم من أن بعض هؤلاء المرضى يمكن أن يستفيدوا من التحليل النفسي بعد علاج المرض الحاد بحيث يتمكنوا من فهم أنماط السلوك والخبرات الانفعالية التي أسهمت في حدوث الصعوبات الحادة وتعديلها.

وينفع التحليل النفسي في الصعوبات المزمنة والإحباط في العلاقات والخجل

الشديد والمشكلات المعقدة في المهنة وأهداف الحياة وأعراض القلق والاكتئاب المعتدل. ويعتقد بأن كثير من الأشخاص الذين يعانون من صعوبات معتدلة في الحياة يمكن أن يستفيدوا من التحليل

2.1.6- التقنيات

على الرغم من التقدم النظري الحاصل الذي اجتازه التحليل النفسي منذ فرويد حتى الآن إلا أن التقنيات المستخدمة فيه ظلت على حالها. ومن التقنيات المستخدمة في التحليل النفسي:

1- الحيادية العلاجية:

يتميز الاتجاه العلاجي للمعالج بالحيادية والغفلة anonymity والتعفف abstinence: أي أن المحلل لا يتحيز ويتدخل في قرارات وأهداف المتعالج على الرغم من أنه يكون متعاطفاً معه. كما أنه لا يقدم أية معلومات للمتعالج عن نفسه واعتقاداته ووجهات نظره ومشاعره حيث أن الأمر يدور دائماً وبالدرجة الأولى حول الدينامية الداخلية للمتعالج.

يستلقي المتعالج على أريكة موضوعة بحيث لا يرى المتعالج المعالج في محيط بصره. وهذا التشكيل يستحث استقصاء طبقات الوعي العميقة ويسهل للمعالج التداعي الحر.

2- التداعي الحر:

تقول قاعدة الموقف التحليلي: على المتعالج أن يحاول الحديث دون رقابة أو ضبط حول كل شيء يدور في خاطره أثناء الجلسة، حول المشاعر والأفكار والرغبات والهوامات والأحاسيس مهما كانت مخجلة أو غير مرغوبة أو مرعبة أو سخيفة أو ليست ذات معنى. وعلى الرغم من أن المعالج قد يبدو سلبياً وغير مشارك إلا أنه ينصت بفاعلية واهتمام لأحلام المريض وهواماته ومشاعره وأفكاره وتصرفاته. ومن خلال التداعي الحر يستخرج المتعالج نقاطاً مهمة للمعاني والقوى الكامنة التي تحدد حياته النفسية.

3- ردود فعل النقل:

النقل عبارة عن حادث طبيعي في كل مجالات الحياة يعيد من خلاله الشخص المعني كل أنماط العلاقات الطفولية اللاشعورية التي نماها الشخص في التعامل مع أشخاص مرجعيته المهمين في ماضيه كالوالدين والأخوة. وفي النقل يواجه المتعالج المشاعر والاتجاهات نفسها التي كان يمتلكها هذا الشخص تجاه أشخاص طفولته نحو أشخاص من محيطه الراهن. وهكذا يتعامل على سبيل المثال الأشخاص مع شركائهم في الحياة أو مع رؤسائهم في العمل أو مع معلمهم وكأنهم والديهم وكأنهم يطلبون منهم المطالب نفسها التي يطلبها منهم الوالدين أو يهددونهم بالعقاب كالوالدين تماماً. ويساعد فهم آلية التعلق الناس على التعرف على الكيفية التي يشوهون بها إدراك الآخرين.

وفي مجرى التحليل النفسي ينمو بالتدريج عند المتعالج ما يسمى بردة فعل النقل. ورده ويتم اعتبار أو فهم ردة فعل النقل هذه بأنها أهم بوتقة للسيرورة العلاجية، أو العدسة التي يتم التعرف من خلالها على الصراعات والديناميات اللاشعورية وعالم مشاعر المتعالج، وتصحيحها وتعديلها. فالمتعالج يدخل مع المعالج الذي يظل في الواقع حيادياً وكأن هذا المعالج كان شخصاً مهماً في طفولته ويعيش ثانية بطريقة جديدة الرغبات المتناقضة والهوامات والألم والإحباط والخجل ومشاعر الذنب والغضب والخوف والرضى والمعاناة التي مر بها في طفولته كلها في علاقاته مع الأشخاص المرجعيين.

ومن خلال فحص النقل، أي من خلال من خلال الكيفية التي يدخل فيها المتعالج مع المعالج في علاقة وما الذي يشعر به هذا المعالج ويعتقده، يفجر المتعالج جذور الآليات النفسية المضطربة الكامنة في "طفله الداخلي".

4- العمل المستمر:

يتعلم المريض في التحليل أن يعيش النقل وكأنه يجري على "شاشة منقسمة"، أي أن يشعر ويراقب في الوقت نفسه كيف أثرت وتؤثر هذه الصراعات الباكورة على ماضيه وحاضره. ومن خلال المواجهة المستمرة للمتعالج مع الآمال المكبوتة والألم والرغبات غير الواقعية يتمكن بالتدريج من تقبلها بدلاً من صدّها.

وأهم شيء هو أن المريض الذي يمر بهذه السيرة ويعمل عليها وينجز العمل الرئيسي في التحليل يبدأ تعديل أنماط سلوكه وردود أفعاله، القائمة على هذه التصورات الماضية والتي عفا عنها الزمن. وعلى هذا النحو ربما يبدأ المريض شيئاً فشيئاً بالتعرف إلى أن إلى كفه ونقده المفرط لذاته يقوم على حاجات النظر للآخرين كوالدين مفرطي النقد ويسعى بيأس للحصول على حبهم واهتمامهم. وبمجرد أن يستطيع التوصل إلى هذه المعرفة العميقة يمكنه أن يرمي أخيراً حاجاته الطفولية خلف ظهره ويجرب أنماطاً جديدة من السلوك.

2.6- العلاج النفسي القائم على التحليل النفسي

يمثل العلاج النفسي القائم على أساس التحليل النفسي Psychoanalytical Psychotherapy شكلاً آخر مطور من التقنيات التحليلية النفسية. وهو عبارة عن شكل واسع الانتشار من العلاج النفسي. ويقر هذا الشكل من العلاج بمبادئ كشف الصراعات الكامنة أو اللاشعورية نفسها إلا أن هدفه أقل طموحاً والعملية أقل كثافة. ويركز هذا الشكل من العلاج النفسي على مساعدة المتعالج علا الوصول إلى الاستبصار اللازم الذي يمكنه من إيجاد الحلول لمشكلاته الصعبة. وهنا يلعب المعالج دوراً أكثر فاعلية مما هو في التحليل النفسي.

وتتم ممارسة العلاج بالتحليل النفسي أو القائم على أساس التحليل النفسي Psychoanalytical-Oriented-Psychotherapy من قبل معالجين نفسيين مؤهلين في التحليل النفسي كما يمارسه معالجون نفسيون دون أن يكونوا مؤهلين بشكل خاص في هذا المجال.

يستمر العلاج بين السنتين والخمس سنوات بين الجلسة إلى جلستين في الأسبوع.

1.2.6- منافع العلاج

منافع العلاج هي نفسها في التحليل النفسي غير أن العلاج النفسي بالاتجاه التحليلي ملائم لطيف أوسع من المرضى بما في ذلك أولئك الذين يحتاجون دعماً وتدخلًا أكثر فاعلية من المعالج والذين يصعب عليهم تحمل الإحباط الذي لا بد منه

في إطار السيرة العلاجية التحليلية. وكما هو الحال كذلك في التحليل النفسي فإن أفضل منافع لهذا الشكل من العلاج تتحقق مع المرضى الذين يهتمون بعالمهم النفسي ويطمحون نحو إيجاد الحلول الذاتية.

2.2.6- أسلوب العمل

يجلس المعالج والمتعالج مقابل بعضهما على الرغم من أن في بعض الجلسات العلاجية قد يجلس المتعالج على الأريكة أيضاً. وكما هو الحال كذلك في التحليل النفسي يتم تشجيع المتعالج على الحديث الذي يجول في هذه اللحظة بذهنه. وعلى الرغم من أن نوع العلاقة بالمتعالج مهمة إلا أن هذا الشكل من العلاج لا يركز على بناء وتحليل أو تفسير النقل المكثف والنكوصي الذي يرشد إلى الطفولة. ويستخدم المعالج تقنيات لتفسير السلوك أنماط محددة من السلوك والاتجاهات ويعمل بالمواجهة (على نحو تنبيه المريض للتناقض بين أقواله وأفعاله)، والإيحاء وطرق أخرى تؤثر بفاعلية على مجرى المعالجة.

3.6- العلاج النفسي الديناميكي القصير⁽¹⁾

في العلاج النفسي الديناميكي المحدود زمنياً والذي تطلق عليه كذلك تسمية العلاج النفسي المحدود زمنياً أو العلاج القصير، يتفق المعالج والمتعالج مسبقاً على عدد معين من الجلسات العلاجية أو على إنهاء العلاج في تاريخ محدد، حيث يتم في العادة الاتفاق على عدد يتراوح بين 12-20 جلسة عبر مدة زمنية تتراوح بين ثلاثة حتى ستة أشهر. ويركز كل من المعالج والمتعالج على مشكلة محددة ومعرفة بدقة على سبيل المثال على الصعوبة التي يعانيها طالب في إنهاء أطروحة الدكتوراه. ومن خلال

(1) تستخدم المراجع العربية تسمية العلاج النفسي المختصر. ونحن نعتقد أن هذه التسمية خطأ، إذ لا يوجد علاج نفسي مختصر، بل يوجد علاج نفسي محدود زمنياً وعلاج نفسي غير محدود زمنياً كالتحليل النفسي. وغالبية أشكال العلاج النفسي المعروفة تكون محدودة زمنياً أي محددة زمنياً بعدد معين من الجلسات ومن ثم لا نستطيع أن نقول عنها بأنها مختصرة. وفي ميدان الطب لا نستطيع القول مثلاً إن الطبيب أجرى عملية جراحية مختصرة أو وصف للمريض دواءً مختصراً. والشيء نفسه ينطبق على العلاج النفسي.

العمل على المشكلة أو المسألة يمكن حل الصراعات الكامنة خلف هذه المشكلة على نحو خوف الطالب من النضج ومن الانفصال عن المنزل.

1.3.6- منافع العلاج

يحدد العلاج القصير بشكل مسبق أن يكون المعالج سليم نفسياً إلى حد ما ويمتلك دافعية جيدة لحل مشكلته وأن يكون قادراً على تقبل العلاج والتأقلم معه بشكل سريع. وكما هو الحال في الأشكال الأخرى من العلاج النفسي الديناميكي لا ينفع هذا الشكل من العلاج في الاكتئاب الشديدة والاضطرابات التي تتصف بالاندفاعية والسلوك الإدماني أو نقص القدرة على إقامة العلاقة.

إلا أنها مفيدة عندما يتعلق الأمر بمساعدة شخص على حل مشكلة خاصة ومحددة بدقة. ويغلب لخبرة النجاح هذه أن تشع على حياة المعني ككل. فعندما يتمكن شخص معين من حل مشكلة ملحة على نحو المقاومة المستمرة والملحة للبحث عن وظيفة أفضل من الوظيفة الحالية، فإن هذا يرفع من تقدير الإنسان لنفسه الأمر الذي يؤدي إلى تعزيز القدرة من ناحيته في المجالات الحياتية الأخرى. وينفع هذا الشكل من العلاج من أجل التعرف على السيورة العلاجية التي يمكن أن تستخدم بكثافة أكثر في الصعوبات النفسية العميقة.

2.3.6- أسلوب العمل

في الطور البدئي من العلاج يحدد المعالج الصراع اللاشعوري الذي يبدو أنه يفسر المشكلة الراهنة للمتعالج. وخلال كل فترة العلاج يضع الصراع الرئيسي بمساعدة التفسير والمواجهة والتحليل في مركز الصدارة. ويكون النقل مهماً استناداً إلى ما يستطيع إنارة للصراع أو الكشف عنه. مثال ذلك أن يبحث شخص ما عن المساعدة لشعوره أنه فاشل في عمله. وقد استنتج المعالج أنه يعاني من خوف مبالغ به من السلطة. وفي الجلسات العلاجية يلحظ المعالج سلوكه الساعي للانسجام مع المعالج. وقد فسر المعالج هذا السلوك على أنه انحراف عن الصراع الأساسي المتمثل في الخوف من السلطة.

7- الأساليب العلاجية السلوكية

تطلق تسمية الأساليب العلاجية السلوكية على عدد كبير من الاستراتيجيات والطرق والتقنيات المنفردة القائمة على نظريات ونماذج مختلفة لعلم النفس باعتباره تخصص علمي يقوم على سلوك وخبرة الإنسان.

يستخدم العلاج السلوكي مجموعة مختلفة من التقنيات التي سنعرضها لمعالجة الاضطرابات النفسية والتخلص أو التغلب على أنماط السلوك غير المرغوبة والإشكالية والمؤلة أو أية أنماط أخرى مرهقة ومن أجل بناء أو تنمية أو تقوية أنماط السلوك الجديدة الواعدة. ويؤكد هذا الشكل من العلاج على بشكل خاص على الارتباط بين أنماط السلوك المشكلة الراهنة وعلى المثيرات في المحيط التي تسبب هذه الأنماط. ويتمركز الاهتمام على السلوك الراهن. والكيفية التي تطورت فيها عبر حياة المريض. وهنا لا يتم فهم أنماط السلوك القابلة للملاحظة فحسب وإنما كذلك الأفكار والمشاعر وردود الأفعال الجسدية.

ويظهر النجاح في العلاج السلوكي على الأغلب بشكل أسرع مما هو الحال في الأشكال العلاجية الأخرى ويكون ملحوظاً بشكل ملموس أو مباشر. مثال ذلك عندما يتمكن المتعالج بعد عشرين سنة من التعلق التوقف عن التدخين أو تناول المسكرات أو التغلب على سلوك الأكل المشكل أو عندما يستطيع بعد عقود من الخوف وتجنب مواقف معينة من العيش حياة خالية من الخوف أو القسر. وإلى جانب المكسب المباشر المتمثل في التخلص من يشعر المتعالج بالثقة بنفسه من جديد ومن ثم باحترام لذاته وبالقوة على نحو قول المتعالج "إذا نجحت بهذا الأمر فلن يقف في طريقي أي شيء بعد الآن".

يغلب للعلاج السلوكي أن يكون علاجاً قصيراً، يقتصر على عدد محدود من الجلسات التي يتم الاتفاق عليها بشكل مسبق.

1.7- التطور والمبادئ الأساسية

انبثق العلاج السلوكي عن علم النفس العلمي بفروعه المختلفة، منها أعمال

علم النفس التجريبي والفيزيولوجيا لعالم النفس الروسي إيفان بافلوف وعالم النفس الأمريكي واطسون J. B. Watson وسكنر B. F. Skinner وكثير غيرهم من علماء النفس. وكما هو الحال في العلاج النفسي الديناميكي فقد تطور العلاج السلوكي منذ بداياته حتى اليوم بصورة كبيرة سواء من حيث النظرية أم من حيث التقنيات. وعلى عكس الأشكال العلاجية الأخرى فإن العلاج السلوكي يركز بالدرجة الأولى على تصرفات الفرد ومسبباته أكثر من تركيزه على معانيه ومبرراته.

2.7- تحليل الظروف

تمتلك الأساليب العلاجية السلوكية نماذجاً خاصة أو نوعية لتفسير نشوء الاضطرابات النفسية واستمراريتها التي تستند إلى معارف علم النفس التجريبي والاستعراف والفيزيولوجيا النفسية Psychophysiology وعلم نفس التعلم وعلم النفس الاجتماعي. ويُفترض هنا أن لكل شخص تاريخه التعليمي الخاص والفريد إلى حد ما والذي يمكن التعرف عليه قبل بداية العلاج من خلال في إطار تقنيات استبائية خاصة أو ما يسمى كذلك بتحليل السلوك أو الظروف. ويرى العلاج السلوكي أن السمات الفردية على نحو أنماط معينة من السلوك والأفكار والمشاعر أو الصفات الجسدية والتعديلات تظهر في التفاعلات الحرجة مع ظروف المحيط والموقف ويمكنها أن تسبب سلوكاً مرضياً أو مشكلاً أو سلوكاً أعراضياً Symptom-Behavior. ففي حالة نوبة من الهلع المفاجئ Panic يمكن أن تكون الظروف المثيرة عبارة عن موقف حياتي مشحون بالإرهاق مع استهلاك متزايد للنيكوتين وقليل من النوم أو الانتباه المكثف لردود الأفعال الجسدية على نحو التسرع المفاجئ في القلب غير الواضح السبب في أثناء الانتظار في محطة مزدحمة أو في القطار أو وسائل النقل. الخ الذي يمكن أن يسبب بسرعة ذكريات آلية لموقف كان يمكن أن يكون مهدداً للحياة. عموماً يمكن لهذه العوامل المشتركة أن تتصاعد على شكل دائرة لولبية التي تُعاش كنوبة هلع. فإذا كان هذا الحدث مرتبطاً بموقف معين على نحو الارتباط باستخدام وسائل النقل العامة فسوف يميل الشخص المعني إلى أن يتجنب في المستقبل مثل هذا الموقف. وهذا السلوك يقوي بدوره الخوف من إمكانية ظهور مثل هذا الموقف. وعندما يتم تعزيز سلوك التجنب هذا من شخص متعاطف

كالزوج مثلاً أو الزوجة أو الوالدين ... الخ على نحو القيام بالأعمال الحرجة عن الشخص، فسوف يسهم ذلك بأن يتطور ما يسمى نوبات الهلع أو رهاب الأماكن العامة.

ويهدف كل تحليل للظروف الذي يسبق العلاج السلوكي إيجاد العلاقات أو الروابط بين مثل هذه الظروف بوساطة المحادثة أو الاستخبارات أو الاستبيانات أو المذكرات اليومية وإجراء العلاج المناسب. وهنا يمكن استخدام تقنيات كثيرة مختلفة، والتي سوف نناقشها في الفقرات التالية باختصار وبطريقة مختارة.

3.7- الإشراف التقليدي والإجرائي، التعلم وفق النموذج وتقنيات ضبط الذات

تمثل عمليات الإشراف التي سنناقشها هنا بتفصيل إلى جانب النظريات الاستعرافية نموذجاً مركزياً مهماً من نماذج العلاج السلوكي.

فكثير من التقنيات المستخدمة في العلاج السلوكي اليوم تقوم على اكتشاف الإشراف التقليدي والإجرائي. فقد اكتشف بافلوف مبادئ الإشراف التقليدي عندما روض الكرب على فرز اللعاب بمجرد سماع صوت الجرس. وقد فتحت تجارب بافلوف التعرف على الآليات النفسية البيولوجية الأساسية التي يمكن من خلالها أن يتم تعلم السلوك أو تعديله.

فإذا عممنا ذلك على الإنسان فإنه يمكننا القول: إن الإنسان الذي يخاف من أن يعاني من حادث مهدد للحياة يمكن أن تنمو لديه مقاومة للخوف النشاطات خارج المنزل أو خوفاً من هذه النشاطات، ومن ثم سيتخلى عن فاعلية أساسية ومركزية في حياة الإنسان. إلا أن هذا السلوك المتعلم غير المناسب يمكن أن يتحسن من جديد على نحو عندما يتعلم الشخص الذي يخاف من الخروج وحده من المنزل دون مرافقة أثناء العلاج كيفية تحقيق الهدوء والاسترخاء العضلي.

والمقصود بالإشراف الإجرائي العملية التي يتعزز من خلالها السلوك بناء على عاقبة أو نتيجة. مثال ذلك يمكن أن يدفع الإنسان الكلب للجلوس هادئاً من خلال القيام بإطعامه بعد ذلك أو مدحه، بكلمات أخرى يثير دافعيته من خلال الثواب أو

التعزيز الإيجابي. كما يمكن أن يتم محو السلوك أيضاً بوساطة تقنيات الإشراف الإجرائي. مثال ذلك يستطيع الأب أن يحقق تغيرات في السلوك باتجاه السلوك المرغوب عند طفله الذي يهمل وظائفه المنزلية من خلال تهديده بحرمانه من مشاهدة التلفزيون أو من اللعب أو من خلال الوعد بمكافأته بالذهاب في نزهة محببة عندما يؤدي واجباته.

وتعد هذه المبادئ مفيدة من الناحية العلاجية بشكل خاص لأنها تتيح اشتقاق عدد كبير من التقنيات التي يمكن جمعها تحت مصطلح ضبط المثيرات Stimulus Control. وهذا يعني أنه يمكن حسب حالة أو وضع المريض اختيار الإجراءات التي تمكن المتعالج من المواجهة في التعامل مع المواقف المشككة. ومن ضمنها على سبيل المثال أساليب المواجهة أو التعرض Exposure في مجال الخوف حيث تكون مهمة المعالج هنا توجيه المتعالج لمواجهة أو التعرض للموقف المخيف بالتدريج أو خطوة فخطوة إما في الخيال أو الواقع. ومن خلال هذا الإجراء يمكن إعادة إطفاء سيرورات الإشراف بالتدريج.

بالإضافة إلى ذلك تلعب في كثير من الاضطراب - على سبيل المثال في سياق الخوف من المواقف الاجتماعية (أو الرهابات الاجتماعية)، عمليات أو سيرورات التعلم وفق النموذج دوراً. وهذا يعني أن الإنسان يمكن أن يتبنى سلوكاً معيناً من خلال مراقبة سلوك أشخاص آخرين، بما في ذلك من خلال ملاحظة عواقب هذا السلوك، أو يمكن من خلال ملاحظة هذا السلوك أن يفكر بأنماط سلوكه الخاص ويعدلها.

1.3.7- منافع المعالجة

يتم استخدام العلاج السلوكي في طيف واسع جداً من الاضطرابات، النفسية منها أم السكوسوماتية وكذلك في الأمراض الجسدية وكما عرضنا في أكثر من موقع من هذا الكتاب فإن استخدام تقنيات العلاج السلوكي وحدها أم بالتوليف مع تقنيات أخرى مفيد بشكل خاص لعلاج اضطرابات القلق وبشكل خاص اضطرابات الهلع وكل أشكال الرهابات واضطرابات القسر وكذلك الاكتئاب

والاضطرابات الانفعالية الأخرى واضطرابات الطعام والاضطرابات الجنسية واضطرابات النوم والفصامات واضطرابات السلوك الاجتماعي واضطرابات فرط النشاط ونقص الانتباه وصعوبات التعلم في الطفولة وفي الانغلاق (الأوتزمية) واضطرابات النمو الأخرى واضطرابات اللغة والكلام.

بالإضافة إلى ذلك يتيح العلاج السلوكي إمكانيات استخدام مهمة في مواجهة الإرهاقات ومعالجة صور الأمراض كارتفاع ضغط الدم والصداع والربو وأمراض معينة للجهاز المعدي معوي وتهيج المصران الغليظ والألم المزمن. وبالفعل فإن كثير من طرائق تخفيف الإرهاق بما في ذلك الإرجاع الحيوي وتمارين الاسترخاء عبارة عن تدخلات سلوكية بالأصل.

2.3.7- التأثير

بما أن العلاج السلوكي يركز في العادة على مجالات المشكلات المحددة بدقة في إطار تحديد الظروف، فإنه يتعلق بمقدار كبير بالتقويم الدقيق لأنماط السلوك التي يهدف إلى علاجها وبدرجة تعاون المتعالج. لهذا يبدأ المعالج دائماً بالشرح الدقيق وتقديم نموذج ممكن للاضطراب واضح ومفهوم من قبل المريض. ولا يتم تحقيق هدف التعاون الفاعل للمريض ومسؤولية نامية عند المريض إلا عندما يتم إشباع الحاجة الملحة للمريض للتفسير وتصبح الاستراتيجيات العلاجية المشتقة شفافة للمريض فقط.

وسوف نقوم فيما يلي من الحديث بتناول بعض التقنيات العلاجية السلوكية المستخدمة. وبسبب الأهمية الخاصة للعلاج الاستعرافي فسوف يتم تناولها لاحقاً في هذا الفصل في مكان خاص بها.

4.7- تمارينات الاسترخاء (الاسترخاء العضلي التصاعدي)

من أجل تعلم التخلص من تشنجات العضلات والتوتر يتم تعليم المريض مجموعة من التمارينات يتم إرشاده من خلالها بشد أجزاء من عضلاته وإرخاءها بالتبادل وفق ترتيب معين بدءاً من الأسنان والرأس. ويستمر هذا التمرين في العادة لمدة ثلاثين

دقيقة ويفيد كنقطة انطلاق لاستخدام تقنيات علاجية أخرى على نحو خفض الحساسية. ومن خلال هذه التمرينات يتعلم المريض الإحساس بالتضاد بين التوتر والاسترخاء بشكل أفضل ومن ثم يمكنه مواجهة حتى المواقف منها بطريقة أكثر استرخاء. كما أن تدريبات الاسترخاء الذاتي تشبه في فاعليتها تأثيرات الاسترخاء العضلي.

5.7- خفض الحساسية المنتظم

بعد تمرينات الاسترخاء يتم تعريض المريض بالتدريج لمواقف مسببة للخوف وغير مرغوبة. ويقوم المعالج الذي يعمل بهذه الطريقة بمواجهة المريض بخطوات بسيطة مع في مواقف متزايدة الشدة مع الموضوع أو الشخص المخيف. أو يطلب منه أن يتصور تلك المواجهة. مثال ذلك تتم مرافقة الشخص الذي يخاف من الصعود بالمصعد وتشجيعه على الدخول إليه في البداية لفترة قصيرة وبعد ذلك أن يبقى لفترة مع إغلاق الباب قبل أن يضغط على زر فتح الباب، ثم أن يصعد طابقاً وهكذا حتى يتمكن من استخدام المصعد دون خوف. ومن خلال تكرار المواجهة مع الموقف المسبب للخوف يستطيع بالتدريج التخلص من ردود فعل الخوف.

6.7- أساليب المواجهة

وفق مبدأ العودة لامتناء الفرس مباشرة بعد السقوط يقوم العلاج بالمواجهة مباشرة وبعد طور من التحضير والإعداد بتعرض المريض لموقف مسبب للخوف إلى أن يتعلم في إطار موقف العلاج المضبوط التغلب على خوفه. ويمكن للتمرين أن يتم من خلال التصور أو يبدأ في حالات أخرى بالمواجهة الحقيقية. وعليه مثلاً تتم مرافقة المرضى الذين يخافون من الصعود في المصعد طوال ساعات أو يتم الطلب منهم في الجلسات العلاجية أن يتخيلوا أن حادثاً مرعباً قد حل بهم في أثناء صعودهم في المصعد. فإذا اقتصرَت التقنية على التخيل فقط فإنه تطلق عليها تسمية الانفجار الداخلي أو الضمني Implosion.

7.7- ضبط الذات وتوجيهها وتعزيز الذات

لا يتم استخدام عدد كبير من تقنيات "إدارة الذات" Self management من أجل "إطفاء" (أو تخفيف) أنماط السلوك المشككة فحسب، بل تستخدم كذلك من أجل تعديل عمليات التفكير. حيث يقوم المرضى بمراقبة وتقويم أنماط سلوكهم أنفسهم، وبشكل خاص تلك الأنماط السلوكية التي ينبغي تعديلها أو تغييرها. ويتعلمون كذلك تعزيز (مكافأة) أنفسهم أو معاقبتها. مثال على هذا النوع من التعزيز المفيد في تقوية الذات يمكن أن يكون تهنئة النفس عند القيام بالسلوك المرغوب كأن يقول المرء لنفسه "برافو" "أحسننت" "إنك رائع" ... الخ أو كأن يشتري الإنسان لنفسه قطعة حلوى أو شيء مرغوب.

يغلب أن يتم استخدام تقنيات ضبط الذات وتقنيات تقوية الذات من أجل التغلب على سلوك الإفراط في تناول الطعام. وفي هذه الحال يتم إرشاد المرضى أن يسجلوا خطياً متى وكيف سيتناولون أمراً لأنفسهم وكيف يشعرون بأنفسهم هنا (التسجيل كتابة لكل التفاصيل)، وأن يقوموا بمكافأة أنفسهم بطريقة ما عندما يحافظون على الحمية.

8.7- التمرن على السلوك، تدريبات الثقة بالنفس، تعليم المهارات الاجتماعية

هذا النوع من التمارين السلوكية ينفذ في التغلب على المشكلات البين إنسانية ويغلب أن يتم استخدامها في إطار تمارين الثقة بالنفس. إذ يتمرّن المرضى المتضررون بسبب خجلهم أن يقولوا شيئاً ما في المواقف الاجتماعية وكيف يقولونه على سبيل المثال. ففي لعب الأدوار يغلب أن يقوم المريض بممارسة دور شخص مهم في حياته في حين يقوم المريض بلعب دور المريض.

وتقود تمارين الثقة بالنفس الناس نحو طلب "المساعدة" وبشكل خاص عندما يعانون من صعوبات ولقول "لا" والتعبير عن مشاعرهم وميولهم. ويتم تعليم المرضى كيفية التصرف في مواقف معينة حيث يقوم المتعالج باستعراض ذلك أمام المريض. وقد أثبتت هذه التقنيات فاعليتها في المخاوف الاجتماعية.

أما تدريب المهارات الاجتماعية Social Competence فيمكن أن يساعد الأشخاص الذين زالت لديهم أعراض الفصام واضطرابات النمو عميقة الأثر على التعامل اليومي مع الآخرين بطريقة مقبولة. كما ويفيد في علاج التعلق بالعقائير حيث يتعلم المعنيون على التسامح الاجتماعي وهم في حالة صافية.

9.7- التعلم وفق النموذج

في التعلم وفق النموذج يتعلق الأمر بتعلم تقليد سلوك شخص آخر من أجل تحسين المهارات الاجتماعية الخاصة أو من أجل التخلص من المخاوف. ويغلب أن يتم استخدام هذه التقنية لدى الأطفال واليافعين. مثال ذلك يراقب طفل يخشى الكلام أمام زملائه طفلاً آخر يتكلم أمام المجموعة ويقوم بعد ذلك بتقليد سلوكه.

10.7- نظام التعزيز بالنقاط

يغلب أن يتم هذا الأسلوب لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية شديدة مزمنة في المستشفيات، حيث تنمي تقنية التعزيز بالنقاط السلوك المرغوب من خلال نظام تعزيز محدد بدقة. فعندما يقوم المريض بالسلوك المرغوب يستطيع الحصول على "تعزيز" على نحو قطعة الحلوى، أو السماح له بمشاهدة التلفزيون لفترة أطول أو "شراء" غرفة مستقلة". ويتم توزيع النقاط، التي هي عبارة عن قطع نقدية من البلاستيك أو ما يشبه ذلك، من قبل المعالج أو المساعدين الذين يلعبون دور "البنك" حيث على المرضى أن يسعوا لتحقيق أهدافهم من خلال قيامهم بالسلوك المرغوب وحصولهم على المعززات.

8- العلاج الاستعرافي

يعد العلاج الاستعرافي شكلاً حديثاً من العلاج النفسي، كما يمكن اعتباره شكلاً خاصاً من العلاج السلوكي، إلا أنه لا يركز على سلوك المريض بالدرجة الأولى بل بشكل أكبر على أفكاره وعمليات التفكير لديه. ويوجد منه أشكال عدة منها العلاج النفسي الانفعالي - المنطقي rational-emotive Psychotherapy والعلاج السلوكي الاستعرافي.

تم تطوير العلاج الاستعرافي في ستينيات القرن العشرين من قبل أرون بيك لعلاج الاكتئاب بالأصل. وقد تم اشتقاق العلاج الاستعرافي إلى حد ما من نظريات معالجة المعلومات. ووفق رؤية علم النفس الاستعرافي فإن الأسلوب الذي يفكر فيه الناس حول أنفسهم والعالم أي فرضياتهم واتجاهاتهم وآرائهم يحدد تصرفاتهم ومشاعرهم تجاه أنفسهم والعالم من حولهم. وعليه فسوف لن يحاول الشخص الذي يشعر أنه غير كفء على سبيل المثال البحث عن عمل أفضل أو سوف يفشل في اختبار المقابلة ويشعر بأنه محبط ومكتئب. بكلمات أخرى يقود التفكير إلى الخبرات السلبية. ويتدخل العلاج الاستعرافي في هذه سيرورة التفكير هذه من أجل مساعدة المريض على تحديد فرضياته الأساسية أو منطلقاته الأساسية وما ينجم عن ذلك من أنماط سلوكية وتعديلها. وخلال أقل من عشرين جلسة في العادة والتي يتم إكمالها بجلسات إنعاش أو تنشيط يتمكن كثير من المرضى من تنمية تقنيات فاعلة تتضمن للتفكير بطريقة أقل سلبية والتشكيك بقناعاتهم وإعادة اختبارها وتعديل أنماطهم السلوكية.

1.8- منافع المعالجة

تم تشكيل تصور العلاج الاستعرافي بداية لعلاج الاكتئاب غير الذهانية. ويتم استخدامها في الوقت الراهن بشكل متزايد في إدارة الإرهاق Stress management وعلاج القلق والهلع والرهابات وسوء استخدام المواد والصراعات الزوجية واضطرابات الشخصية. كما أثبت العلاج الاستعرافي فاعليته في التعامل مع الأزمات الموقفية بشكل خاص.

2.8- التأثير

يعمل المعالجون الاستعرافيون بفاعلية مع المرضى من أجل اكتشاف استنتاجاتهم "الخطأ" أو "أخطائهم الاستعرافية"، التي تقود إلى الحالات الانفعالية المضطربة والسلوك المؤذي للنفس. إنهم يخططون الجلسة ويقدمون نصائح ويقترحون طرق من أجل تجريب أنماط التفكير والخبرة الجديدة. كما تمثل الوظائف المنزلية أو

الواجبات المنزلية جزءاً مهماً من هذه السيورة. وفي الواجبات المنزلية يقوم المريض بتعلم مراقبة أنماط تفكيره والتعرف على الأخطاء المنطقية التي تسبب مشاعر سيئة.

وفي الجلسة يناقش المعالج مع المتعالج من خلال خبراته الكيفية التي تقود فيها أنماط تفكيره المشوهة وفرضياته غير الواقعية بشكل مباشر إلى أنماط السلوك المؤذية للنفس وإلى المشكلات الانفعالية.

وفي مجرى العلاج يتم تعليم المريض الطرق التي يتمكن من خلالها التشكيك بالفرضيات الخاطئة والاستعاضة عنها بأنماط جديدة وعقلانية . مثال ذلك تم توجيه السيد عدنان الذي يمتلك ميولاً كمالية (إذا لم يؤدي عملي بصورة كاملة وخالية من الأخطاء، فسوف ينزعج مني مديري)، إلى عدم مراجعة تقريره مرة أخرى قبل أن يقدمه لمديره. وبما أن عدنان لم يكن يمتلك وقتاً كافياً لمراجعة التقرير قبل تقديمه لمديره في الوقت المحدد فقد قدمه له دون مراجعة. وعلى الرغم من أن التقرير احتوى على بعض الأخطاء المطبعية إلا أن مديره كان مسروراً لأنه قدم له التقرير في الوقت المناسب.

3.8- أخطاء منتشرة من التفكير

قام العلماء بتحديد مجموعة من أخطاء التفكير أو التفكير اللامنطقي الذي يكثر استعمالها لدى مرضى الاكتئاب وأشخاص يعانون من مشكلات انفعالية. وفيما يلي بعضها:

- 1- الاستنتاجات الخاطئة أو التعسفية: يقوم الإنسان باستنتاج استنتاجاً ما لا يتطابق مع الحقائق الموضوعية. قامت السيدة هيام بتقديم هدية لسعيد وزوجته بمناسبة زواجهما. وبما أن سعيد وزوجته لم يشكراها هاتفياً على هديتها فقد استنتجت أنهما لم يعجبا بالهدية أو أنهما يسخران من ذوقها.
- 2- التجريد الانتقائي: يتم عزل حدث ما عن السياق، ويتم إنكار كل الإشارات أو الدلائل الأخرى. وعليه تستمر هيام بالاعتقاد بأن هديتها غير مقبولة على الرغم من تأكيد أم سعيد لها أن سعيد وزوجته قد فرحا بالهدية. تعتقد أن أم سعيد لا تقول الحقيقة.

- 3- فرط التعميم : استناداً إلى حادث وحيد يتم استنتاج استنتاجاً بالجملة. مثال ذلك يتقدم محمود لخطبة خديجة، فترفضه. فيستنتج الاستنتاج الخاطئ لا توجد أي امرأة تقبل بي زوجاً.
- 4- فرط التقدير أو التقليل منه: تتصل السيدة ميسون التي تعاني من الاكتئاب بابنة أختها وترجوها زيارتها، فتعتذر ابنة أختها كونها مشغولة هذا الأسبوع وسوف تزورها في الأسبوع المقبل. وعلى الرغم من كون ابنة أختها مشغولة بدراساتها فعلاً وتتصل بخالتها بين الحين والآخر إلا أنها تشعر بأن ابنة أختها ترفضها.
- 5- الشخصية: يتم ربط الأحداث الخارجية في علاقة مع الذات دون أي دليل. يفقد السيد محسن زبوناً من زبائنه. فيفكر "إنه ذنبي" دون أن يفكر أن زبونه قد يعاني من ضائقة مادية أو دون أن يأخذ بعض الأمور الأخرى بعين الاعتبار.
- 6- التفكير المنقسم: يتم تقييم المواقف وفق تصوية أو مبدأ الكل أو لا شيء. أو إما "أسود" أو "أبيض". مثال ذلك أعادت هيئة التحرير موضوعاً للسيدة وفاء من أجل إجراء بعض التعديلات عليه. فرفضت ذلك بحجة أنها لن تستطيع مرة أخرى إعادة النظر في موضوعها. وإما أن يتم قبول الموضوع كما هو أو لينتهي الأمر. لقد أضاعت فرصة النشر وغاب عن ذهنها أن التعديلات أمر عادي جداً.

9- أشكال أخرى من العلاج

يوجد المئات من أشكال العلاج التي يمكن تصنيفها تحت تسمية "الأشكال العلاجية الأخرى" ومن بين هذه الأشكال توجد تقنيات مبرهنة علمياً بشكل جيد، كالتنويم أو المعالجة النفسية بالمحادثة (العلاج النفسي المتمركز حول المتعالج).

1.9- العلاج بالتنويم

يمكن استخدام العلاج بالتنويم في إطار غالبية المبادئ العلاجية. والتنويم (أو الغشوة trance) عبارة عن حالة من تغير الوعي تتيح تواصلاً بين الجسد والنفس

(الروح). إنها حالة من التركيز المكثف والأكثر استرخاء، تشبه الحالة الذهنية عند قراءة كتاب جيد، بحيث تتراجع التفاصيل غير المهمة، كرنين صوت الهاتف، عن ساحة الشعور، ولا ينتبه لها الشخص. وتعد تقنية العلاج النفسي شكلاً من العلاج يتم استخدامه منذ أكثر من مائتي سنة. وكان مسمر قد اكتشفها واستخدمها سيجموند فرويد من أجل الوصول إلى اللاشعور.

ويتم استخدام التنويم اليوم لتحقيق أغراض متنوعة على نحو للتخفيف الإضافي من الألم والأعراض الجسدية الأخرى ومن أجل التغلب على عادة التدخين وفرط الأكل وعلاج القلق والهلع والرهابات واضطرابات الإرهاق التالية للصدمة وإيقاظ الذكريات وكشف الصراعات اللاشعورية وتنمية التداعي الحر وحل الصعوبات الانفعالية وحل الحصار الإبداعي.

وغالبية الناس قابلون للتنويم وإن كان بعض الأشخاص يصلون لحالة أعمق من الغشوة من الآخرين. والأشخاص القابلون للتنويم يكونوا قادرين على إعادة إحياء ذكريات الطفولة، وكأنهم يعيشونها في الحاضر. وتوجد طرق عدة من أجل اختبار القابلية للتنويم من بينها تدوير العينين. حيث يحاول المعني تدوير عينه للأعلى وإلى داخل الجسد مراراً. وكلما ازداد البياض تحت القرنية أكثر كان أكثر قابلية للتنويم. أما أسباب ذلك فما زالت غير معروفة حتى الآن.

ويمكن للمعالج أن يحقق الغشوة بطرق متنوعة، عادة بمساعدة تقنيات الاسترخاء والتركيز المعقدة، على نحو أن يطلب من المريض أن يركز على استرخاء مجموعة من العضلات تلو الأخرى. وفي حالة التنويم يكون المعني مسترخياً وواعياً، يستطيع بعد التنويم أن يتذكر خبرات الغشوة ويستطيع في كل وقت الخروج من التنويم. ولا يقوم الناس في حالة التنويم بتصرفات معاكسة لرغباتهم ولا يفقدون السيطرة على أنفسهم في هذه الحالة من الوعي. وفي أسوأ الحالات ينامون.

والعلاج بالتنويم سواء كان مستقلاً أم كطريقة مكملة يحتاج إلى تأهيل متخصص. وليس كل المعالجين النفسيين مؤهلون في التنويم.

2.9- العلاج النفسي بالمحادثة (المتمركز حول المتعالج)

تطور العلاج النفسي المتمركز حول المتعالج والذي يسمى في ألمانيا العلاج النفسي بالمحادثة الذي أسسه كارل روجرز عن الحركة الوجودية - الإنسانية في أربعينيات وخمسينيات القرن العشرين. ويهدف العلاج النفسي بالمحادثة إلى تحقيق الذات، أي تفجير الطاقات الذاتية وتنمية الشخص ككل، وليس إلى تشخيص وعلاج اضطرابات معينة. ولا يقر العلاج النفسي بالمحادثة بالنموذج الطبي للمرض فيما يتعلق بالأعراض والمعاناة النفسية ومن ثم هذه الأشكال من التشخيص.

ويذهب المعالجون النفسيون بالمحادثة من أن كل إنسان يولد ولديه القدرة والحاجة نحو تحقيق الذات. ويعتمد هذا الشكل غير التوجيهي من العلاج على تقنيات العلاقة المتفهمة أو المتعاطفة بين المعالج والمتعالج والمعالج المتفهم والمتقبل كلية. ويتصرف المعالج في الجلسة كشخص واقعي كامل، يعبر عن مشاعره في الآن وهنا بوضوح. ومن خلال هذه العلاقة العلاجية يصبح المتعالج قادراً على أن يعيش مشاعره بشكل كامل. ويساعد الميل نحو تحقيق الذات المولود عند المتعالج على أن يكتسب ثانياً السيطرة على سلوكه وأسلوب حياته من خلال هذه العملية. (أنظر لمعرفة التطورات الحالية للعلاج المتمركز حول المتعالج ومبادئه "العلاج النفسي بالمحادثة: التغيير من خلال الفهم". ترجمة سامر جميل رضوان. منشورات دار المسيرة، عمان: الأردن 2002).

3.9- المبادئ العلاجية الإنسانية

تهدف غالبية المبادئ التي تطلق عليها تسمية المبادئ "الإنسانية" أو "المتمركزة حول الخبرة" نحو تحرير الانفعالات وتوسيع الشعور وتنمية تحقيق الذات الشخصي. ويركز بعضها على الشعور الانفعالي أو الوعي الانفعالي ويُدخل في العلاج التدليك وأجزاء أخرى من الجسد، في حين يقوم بعضها الآخر بتنمية السيطرة الانفعالية أو الوعي الروحاني أو كليهما معاً باستخدام تقنيات التأمل. وكثير من العلاجات المتمركزة حول الخبرة على نحو العلاج الغشطلي والطاقة الحيوية تعتبر نفسها جزءاً من حركة الجيل الجديد New Age Movement. وعلى الرغم من أنه يصعب

التعميم فإن كثير من هذه الأشكال العلاجية مفيدة في تنمية التلاؤم في الحياة اليومية والتحقيق الشخصي للصحة النفسية أكثر من كونها مفيدة في علاج أو شفاء الأعراض النفسية المرضية الشديدة والإعاقات.

10- العلاج النفسي في المجموعة

يعد العلاج النفسي في المجموعة شكلاً من العلاج الذي يتزايد الطلب عليه باستمرار في الوقت الراهن التي يتم تقديمها في كثير من الأقسام النفسية الاجتماعية في البلدان المتقدمة. يقوم المعالج بقيادة المجموعة ويستغل التفاعل بين أفراد المجموعة من أجل تخفيض الأعراض وتحسين العلاقات واستحثة التعديلات في الشخصية. وغالبية أشكال العلاج في المجموعة تهدف إلى نحو مساعدة الأفراد في مشكلاتهم الفردية. أما في العلاج الأسري والزواجي فإن الهدف يتمركز فقط على تحسين مهارات الوظائف الزوجية أن الجماعة ككل.

وللعلاج في المجموعة فوائد كثيرة. فبما أنه يعالج مجموعة من الأشخاص في الوقت نفسه فإن التكلفة تكون أقل من تكلفة العلاج الفردي ومن ثم فهي أكثر كفاءة واقتصاداً، من أجل تقديم الخدمة. بل أن خدمات مجموعات المساعدة الذاتية تكاد تكون مجانية في الغالب. وفي العلاج في المجموعة يقوم المشاركون باستعراض شكاواهم وصعوباتهم في التعامل مع الآخرين بدلاً من أن يتمركز الحديث حول أنفسهم. الأمر الذي يسهل التعامل مع المشكلة. وأخيراً يقدم العلاج ضمن المجموعة للمشاركين الشعور الجماعي، حيث يدرك أن الآخرين يعانون من المشكلة نفسها التي يعاني منها هو، وفق المبدأ الشعبي القائل: من رأي مصيبة غيره، هانت عليه مصيبته، وتتيح له كذلك التعرف على نماذج من أساليب مواجهة المشكلة والتغلب عليها، وتقوده نحو مصادر المعلومات العملية لحل المشكلة.

1.10- أسس العلاج ضمن المجموعة

يتم تقديم كثير من أشكال العلاج النفسي على شكل علاج في المجموعة. ويتعلق نمط سلوك المدير وأهداف عمل المجموعة بنوع أو شكل العلاج المقدم. ففي

مجموعات العلاج السلوكي يؤدي مدير المجموعة دوراً فاعلاً ويصمم الجلسة بحيث يركز أعضاء المجموعة على نمط محدد من السلوك يحتاج إلى تعديل. أما في المجموعات التحليلية فإن المدير يكون أقرب إلى أن يلاحظ ويصغي ويسأل ويفسر أكثر من إدارة الجلسة.

وفي المجموعات التي تدار من قبل المتخصصين يتم انتقاء أعضاء المجموعة بدقة كبيرة من قبل المعالج المؤهل بشكل خاص في هذا الميدان. وغالبية المجموعات تكون غير متجانسة، أي أن الأفراد يختلفون عن بعضهم من حيث الجنس والسن والعرق والحالة الاجتماعية والاقتصادية والديانة والمهنة وعوامل الشخصية وفيما يتعلق بالمشكلات التي يعانون منها على الأغلب. ويتيح هذا التنوع إمكانية التفاعل والنقاش والتفهم للفروق.

إلا أنه يوجد عدد من المجموعات على نحو المجموعات العلاجية السلوكية تكون متجانسة، حيث تتألف من أعضاء يتشابهون قفياً اضطرابهم أو في سماتهم. وعلى هذا النحو توجد مجموعات مؤلفة من اليافعين فقط، أو من المرضى جسدياً أو من المتعلقين أو من الأزواج أو المنحرفين جنسياً أو من الناس الذين يعانون من الرهاب أو من اضطرابات الأكل... الخ. وغالبية مجموعات المساعدة الذاتية تتألف من أفراد يعانون المشكلة نفسها.

وفي بعض المجموعات يظل أفراد المجموعة أنفسهم طوال فترة المعالجة، وفي بعضها الآخر يدخل متعالجون جدد أثناء العلاج للمجموعة ويخرج بعضهم الآخر. ويبلغ عدد أفراد المجموعة في المتوسط بين خمسة إلى ثمانية أفراد. وتكون الجلسة مرة في الأسبوع وتبلغ مدتها ساعة ونصف.

وكما هو الحال في العلاج الفردي يمكن أن تكون أهداف المجموعة أهدافاً قصيرة الأمد أو طويلة الأمد. وبشكل عام تعمل المجموعات المحددة زمنياً التي يظل أفرادها أنفسهم لا يتبدلون على تحقيق أهداف قابلة للتحقيق. وتتضمن هذه المجموعات إما إلى تحقيق مركبات تربوية شديدة على نحو السعي نحو اكتساب الكفاءات الاجتماعية أو تسعى نحو معالجة الأعراض كما هو الحال في المبادئ

العلاجية الداعمة والاستعرافية والعلاجية السلوكية. أما في المجموعات ذات الأهداف البعيدة يكون الأفراد غير ثابتين، أي يدخل ويخرج الأفراد من المجموعة وتسعى نحو رفع الوعي بالذات وإلى تعديل الشخصية وتحسين العلاقات البين إنسانية.

2.10- أشكال من العلاج في المجموعة

إلى جانب أشكال العلاج في المجموعة التي تستند إلى المبادئ المذكورة أعلاه توجد أشكال أخرى كثيرة من العلاج في المجموعة نوجزها فيما يلي:

- 1- **مجموعات المواجهة:** في هذا الشكل يتم استخدام ضغط المجموعة من أجل مساعدة الأعضاء على تعديل أنماط سلوكهم التي لا يستطيعون تعديلها بسهولة أو التي لا يرغبون بتعديلها أصلاً على نحو استهلاك العقاقير أو القمار. وبما أنه تتم هنا مواجهة الأعضاء باتجاهات متجذرة وجامدة يمكن لخبرات المجموعة أن تكون واسعة التلون الانفعالي. وتستخدم منظمات مثل منظمة دايتوب Daytop وسينانون Synanon بوصفها منظمات علاجية عاملة في مجال التعلق ومجموعات المواجهة Encounter-Groups مبادئ المواجهة.
- 2- **مجموعات التشجيع والتنمية:** ومن أمثلة ذلك الكحوليين المغفلين الذين تم منها اشتقاق مبادئ المراحل الاثنتي عشر والتي عرضنا له في فصل التعلق والأكليين المغفلين ومجموعات المساعدة الدينية. وتسعى هذه المجموعات بالدرجة الأولى نحو رفع معنويات المجموعة وتحقيق جو جماعي إيجابي اللازم من أجل التعديلات. وتقوم اعترافات المشتركين ونقاشاتهم وتمارين الاسترخاء والتأمل وقراءة مراجع معينة بتشجيع المشتركين وتحقيق تماهياً كبيراً مع المجموعة الذي يعد من أشد الأدوات العلاجية تأثيراً لهذه المجموعات.
- 3- **مجموعات المراثون:** وهي عبارة عن مكثفة التي تستمر لساعات مديدة وأحياناً لأيام وتهدف إلى تعطيل وسائل الدفاع الأولية وتسريع تفاعل المجموعات. وفي هذا المبدأ الذي أصبح معروفاً تحت تسمية مجموعات المراثون يتم إعطاء أهمية كبيرة على مصارحة الذات أو اكتشافها والحميمية النفسية. وتعتبر

الكيفية التي يتصرف فيها الأعضاء في الوقت الراهن أهم من الكيفية التي كانوا يتصرفون بها في الماضي.

4- **السيكودراما:** تستخدم تقنية السيكودراما التي طورها الطبيب النفسي مورينو Moreno طرق لعب الأدوار من تنمية الاستبصار ووعي الذات والنمو الفردي. وفي السيكو الدراما يوجد البطل (أي المتعالج)، ومدير المسرح أو التمثيلية (المعالج)، والمساعدون العلاجيون (تطلق عليهم تسمية الأنا المساعد) والجمهور. وينفس الأعضاء عن صراعات مختلفة ومشكلات علائقية في حياتهم.

5- **مجموعات تحليل التعامل Transaction analytical Groups:** في تحليل التفاعل الذي طوره الطبيب النفسي إيريك بيرن Berne يتم التركيز على هنا والآن. وتساعد تفاعلات المجموعة على اكتشاف الصراعات الداخلية للأعضاء التي لها علاقة مع "صورة الأبوين" و"الطف" و"الراشد"، التي يجمعها كل فرد بشكل لا شعوري في ذاته. ووفق رؤية بيرن يمكن لمعرفة الدور الذي يلعبه الشخص في اللحظة الراهنة أن يفسر لماذا يشعر على هذا النحو أو ذاك. ووفق هذه الطريقة يمكن فهم "الأدوار" (أو أنماط العلاقات)، التي يلعبها الراشد مع بعضها بعضاً والتي يتم اكتشافها في عمل المجموعات.

6- **مجموعات الغشطلط:** في العلاج الغشطلطي الذي طوره عالم النفس فريتس بيلز يتعلق الأمر بالوعي الانفعالي والقدرة على الخبرة الحسية للأعضاء في الحاضر. ويتم العمل في المجموعة يتم من خلال التمارين ولعب الأدوار وتقنيات خاصة أخرى من أجل استحداث أعضاء المجموعة على إدراك مشاعرهم بدلاً من التركيز على أفكارهم وعلى تنمية نموهم الفردي وتفتح عتادهم الشخصي.

7- **خبرات المجموعات المبنية:** وضمن هذه المجموعات تقع علاجات جمعية مختلفة ذات طبيعة تربوية وداعمة وغير مرهقة، كمجموعات التأمل والمناقشة والتعليم ومجموعات الإصغاء (العلاج بالموسيقى والعلاج بالأدب) ومجموعات النشاطات الجسدية كالعلاج بالرقص. كما يمكن تصنيف المساكن العلاجية الجماعية

سواء كان في مساكن مسيئي الاستخدام أم في مستشفيات الطب النفسي ضمن هذه الفئة.

8- **المجموعات الخاصة:** يتم تشكيل هذه المجموعات بناء على التشخيص نفسه أو الأعراض نفسها على نحو مرضى السرطان أو الرهاب أو الأشخاص الذين يعانون من صعوبات في هويتهم الجنسية. وتعمل هذه المجموعات بطريقة الدعم والتماهي ولعب الأدوار وعمومية الخبرات من أجل تسهيل المحادثات الصريحة وتبادل المشكلات المتبادلة.

3.10- **منافع العلاج النفسي ضمن المجموعة**

كما هو الحال في العلاج الفردي فقد أثبت العلاج في المجموعة فاعليته في هذا الشكل أو ذاك في طيف واسع من الاضطرابات النفسية والانفعالية. ويغلب أن يتم إجراء المعالجة ضمن المجموعة بالتساوي مع العلاج الفردي وقد برهنت فاعليتها بشكل خاص لدى الأشخاص الذين يعانون من صعوبات في العلاقات. والعلاج النفسي في المجموعة يعد علاجاً فاعلاً مع الأشخاص الذين يعانون من مشكلات بين إنسانية والذين يرغبون معرفة تأثيرات هذه المشكلات على الأشخاص الآخرين.

11- **العلاج الأسري**

تذهب غالبية المبادئ العلاجية النفسية بما في ذلك عمل المجموعات من أن مشكلات الإنسان يسببها هو بنفسه إلى حد ما وأن الحل ينبغي أن يجده هو بنفسه. أما العلاج الأسري فينطلق من رؤية مختلفة مفادها: إن صعوبات الفرد أو الأسرة باعتبارها وحدة كلية تنشأ وتستمر في سياقات الحياة المشتركة لأفراد الأسرة. فبدلاً من احتلال الباثولوجيا النفسية للفرد مركز الصدارة وإلقاء أهمية على التلقيب التشخيصي يعمل العلاج الأسري مع منظومة الأسرة ككل - بنيتها وأشكال تواصلها وأنماط تفاعلها - من أجل استحداث تغييرات.

والمقصود بالعلاج الأسري كل شكل من أشكال العلاج الذي يهتم بالأسرة ككل أو كمجموعة بما فيها الزوجين والأولاد والأجداد وأفراد العائلة والأخوة غير

الأشقاء والأشخاص غير الأقرباء الذين ينتمون للرابطة الأسرية. ويوجد داخل إطار العلاج الأسري المتنامي بسرعة كبيرة يوجد عدد كبير من المبادئ النظرية. أما الاتجاهات السائدة فهي العلاجات المشتقة من العلاج النفسي الديناميكي والعلاج السلوكي والعلاج المنظومي. ويعد العلاج المنظومي الذي ينظر للأسرة كرابطة مترابطة وليس كجماعة من الأفراد الأوسع انتشاراً في وقتنا الحاضر.

1.11- منافع العلاج الأسري

تمثل المشكلات والصعوبات الزوجية بين الأجيال، على نحو المشكلات بين الوالدين والأولاد، والمشكلات في الأسر التي فيها أخوة غير أشقاء ومتعددة الزوجات والمشكلات مع الجدين... الخ من المبررات التي تجيز استخدام العلاج الأسري ويكون فاعلاً فيها.

وفي البداية يأتي في العادة أحد أفراد الأسرة للعلاج لأنه يعاني من أعراض اضطرابات نفسية أو من مشكلات سلوكية. ويقوم المعالج باقتراح إجراء علاج أسري لأن مشكلات الشخص المعني منبثقة عن وجود اضطراب في كل الأسرة أو لأن الأسرة تدفع المعني نحو العلاج دون أن يكون ذلك مدركاً بالنسبة للأسرة.

وتعد اضطرابات الطعام وسوء استهلاك العقاقير أو المواد والخوف من المدرسة والمشكلات الناجمة عن ترك المنزل من المواقف الأسرية النموذجية التي يتم فيها استخدام العلاج الأسري المنظومي بشكل كبير. كما يحتل العلاج الأسري أهمية متزايدة في المعالجة البعيدة للفصامات ويمكنه أن يكون مفيداً للأسر التي يوجد فيها فرد يعاني من مرض مزمن. ففي كل هذه الحالات ينفع العلاج الأسري بصورة مقوية على تعاضد الرابطة الأسرية بحيث يخفف هذا التعاضد الإرهاقات الناجمة عن المرض للفرد.

2.11- أسلوب العمل

يهتم المعالجون بنمط وظائف الأسرة ككل. ففي المرحلة التشخيصية يهتم المعالجون الأسريون بالتعرف على كل أفراد الأسرة بما فيهم الأطفال الصغار، وقد

يمتد ذلك إلى الأقارب المهمين كالجدين والأصهار على الرغم من أنه ليس بالضرورة أن يشارك جميع الأفراد في عملية العلاج في الوقت نفسه. وبعض المعالجون الأسريون يقومون برسم شجرة للعائلة لثلاثة أجيال سابقة وعلاقاتهم وتاريخهم الانفعالي.

ويركز المعالجون الأسريون على طبيعة الحدود التي يضعها الوالدان لأطفالهما ونوع الحدود التي يعانها بين الأجيال والنقطة في دائرة حياة الأسرة التي أثمرت فيها الأعراض والخلل الوظيفي.

كما يهتم العلاج الأسري بالأمور التالية :

- 1- نمط الرابطة: الوالدان مقابل الأولاد، الوالدان وولد مقابل الطفل الآخر، الأولاد مقابل زوجة الأب أو زوج الأم ... الخ).
- 2- المثلث الانفعالي: الوالدان والطفل؛ مثال : عندما يكون الوالدان على خلاف بينهما يمكن أن تنشأ لدى الطفل صعوبات توجه اهتمام الوالدين نحوه وتظل الأسرة محافظة على تعاضدها أو استمراريتها.
- 3- هرم السلطة: من الذي يتخذ القرار من الذي يؤخذ رأيه بعين الاعتبار ومن الذي لا يؤخذ رأيه بعين الاعتبار.
- 4- أنماط التواصل اللفظي وغير اللفظي: من يحطم الآخر ومن يقهر من؛ الرسائل المتناقضة؛ التعابير المرعبة أو التي تبعث الخوف ...
- 5- وظيفة - كبش الفداء أو الضحية: من الذي يتم تحميله الذنب أو من هو الفرد الذي يعتبر في الأسرة صاحب مشكلات.
- 6- التفاعلات الأسرية: هل أفراد الأسرة عدوانيون مع بعضهم على الأغلب وهل ينتج هذا السلوك الخوف من الحميمية؟ هل تعيق القواعد غير المكتوبة التعبير عن المشاعر؟ هل يسقط الأب مشاعره الخاصة "بأنه ليس رجلاً كفاية" على ابنه؟.
- 7- هوية الذات: هل يشعر الأطفال بأنفسهم كأفراد وهل يشعرون بالفرق بينهم وبين أفراد الأسرة الآخرين؟ يغلب أن يكون أفراد الأسرة الذين يعانون من

نقص في تحديد الذات أكثر استعداداً لالتقاط الضغط الانفعالي للآخرين أو لتبنيه وتظهر عليهم في النهاية أعراض واضحة تحتاج إلى علاج.

8- أدوار الأسرة: ما هي توقعات الدور عند الأب، الأم، البنت، الابن، الجدين؟ من هو "المريض"، "القوي"؟ يعمل المعالج والمعالجة الأسرية (يتم إجراء العلاج الأسري في العادة من قبل فريق مكون من معالج ومعالجة نفسية من أجل تقديم مثلاً للأدوار من قبل كلا الجنسين لكلا الجنسين المتعالجين) مع كل فرد من أفراد الأسرة على أنه جزء من الكل. وعلى الرغم من أن أنهما قد يدعمان مساعي أعضاء الأسرة الأفراد نحو تعديل سلوكهم والاستقلالية إلا أنهما لا يتحيزا. وفي الحقيقة يقوم المعالجون الأسريون بعقد رابطة علاجية مع كل فرد من أفراد الأسرة الأمر الذي يساهم في نشوء جو يمكن أن يحدث فيه التحول. إن التعديل الذي يحصل عند أحد أفراد الأسرة حتى وإن كان إيجابياً إلا أنه يقود إلى إحداث عدم توازن في الأسرة ككل؛ لهذا على المعالج الأسري أن يعمل مع جميع الأفراد من أجل المساعدة على التعرف على القوى الكامنة خلف وظيفية المنظومة Functionality of System.

ويكون العلاج الأسري عادة عملياً ومتمركزاً حول المشكلة وقصير الأمد. ويساعد المعالج الأسرة على قيادة الحلول لمشكلاته. وهذا يمكن أن يعني ضرورة وضع الحدود للأطفال والقيام بوضع حدود أكثر متانة بين الأدوار، التي يؤديها كل جيل، وفهم الفروق الفردية وتقبلها وتعلم أشكال جديدة من التواصل والتفاعل والتعبير عن المشاعر، وتعديل الروابط الهدامة أو الحصول على معلومات ومعارف حول المرض - إذا كان العلاج الأسري في حالة وجود فصام - وتعلم العيش مع المرض كآسرة. أما التدخلات فهي في غالبيتها متمركز حول السلوك، حيث يتم العمل مع تمارين معينة ووظائف منزلية من أجل تنمية الثقة والقدرة على الإحساس بالآخر والتمايز بين أفراد الأسرة. ويحدث أن يتم تقديم العلاج الأسري مع العلاج الفردي في الوقت نفسه.

3.11- علاج الزوج أو الشريك

إلى جانب ذلك يعمل كثير من المعالجين مع الأزواج ويتخصص بعضهم في العلاج الزوجي. فالزوجين عماد الأسرة. وعندما تكون الرابطة بين الزوجين مثمرة فإن التعاون مع بعضهم ومع الأولاد أو مع الآخرين أو مع منظومتهم الاجتماعية يكون فاعلاً. ويعمل الكثير من المعالجين الزوجين مع كل أنواع العلاقات الزوجية أو التشاركية.

ويكمن الفرق بين المبادئ العلاجية الأسرية والمبادئ العلاجية الزوجية في طبيعة المشكلة. حيث ينصح بالعلاج الزوجي في حالات المشكلات الجنسية ومسائل الانفصال أو الطلاق أو سوء معاملة الشريك. ويمكن لكل زوج لا يستطيع حل صراعاته أن يستفيد من هذا الشكل من العلاج. كما ينصح بالعلاج الزوجي للأفراد في حال العلاج الفردي وعندما تكون العلاقة الزوجية غير مستقرة.

وكما هو الحال في العلاج الأسري يوجد عدد كبير من المبادئ العلاجية الزوجية، إلا أنه قفي غالبية الحالات يتم العمل عادة بواسطة مبادئ حل المشكلات والتركيز على تحسين أنماط التواصل وبناء الثقة. وفي مجرى العلاج يواجه الزوجين بعضهما بعضاً بتوقعاتهما ويتعلمون التعرف على التكتيكات التي يستخدمونها في محاولات حل الصراعات ويتم إرشادهم نحو التعرف على بعضهما كإنسانين منفصلين وفردين مختلفين يمتلك كل منهما حاجات وربما "أساليب انفعالية" مختلفة. ومن الممكن أن يتم في كثير من العلاجات الزوجية الديناميكية فحص المدى الذي تؤثر فيه الصراعات أو أشكال أدوار الأسرة الأم (والدي الزوج والزوجة) على الصعوبات الراهنة للزوجين.

12- مجموعات المساعدة الذاتية ومجموعات المعنيين

تشكل المجموعات المؤلفة من أشخاص تربط بينهم حاجات مشتركة أو خبرات حياتية مرهقة أو أمراض أو إعاقات أو أي سبب آخر، أكثر أشكال العلاج السائدة في وقتنا الراهن. ففي هذه المجموعات يجد المعنيون الدعم والتعاقد والتوجهات

الروحية ويتعلمون التغلب على سلوكهم التعلقي وتعلقهم بالمواد ويعملون على تفتحهم الذاتي. وتعمل مجموعات المساعدة الذاتية هذه إما بدون مدير أو تتم إدارتها من أشخاص متطوعين لا يحملون تأهيلاً علاجياً نفسياً، وفي بعض الحالات تتم إدارتها من قبل متخصص يعاني من المشكلة نفسها التي تعانيها المجموعة.

ويمكن لمجموعات المساعدة الذاتية أن تقدم لأفرادها عدد كبير من المزايا. وبما أن كل عضو يمتلك خبرات مشابهة ينشأ في المجموعة في الحالة المثالية شعوراً جمعياً من خلال الدعم والمساندة المتبادلة والتعاطف الذي يرفع من إحساس المعني ويقوي دافعيته بدرجة كبيرة ومن ثم يمكن أن يسهل عليه مواجهة مشكلاته بطريقة مناسبة. كما تقدم المجموعات للأعضاء الفرصة لمساعدة الآخرين الأمر الذي يمكن أن ينمي سيرورة الشفاء. بالإضافة إلى ذلك من المهم أن تمثل مجموعة المساعدة الذاتية مكاناً لتقديم النصائح العملية وأخذها وتبادل استراتيجيات المواجهة مع بعضها.

إن كثير من الأشخاص الذين لا يحتاجون إلى مساعدة علاجية متخصصة يشاركون في مجموعات المساعدة الذاتية. وعندما يكون لا بد من التدخل المتخصص يمكن لمجموعات الدعم أن تكون مفيدة. وبشكل خاص عند معالجة سوء استخدام المواد تمثل المجموعة إكمالاً مهماً لسيرورة العلاج الفعلية. وفي الواقع فقد أصبح الانضمام إلى مجموعات المساعدة الذاتية في كثير من برامج العلاج إلزامياً.

صفحة زوجية فارغة

يوضع بدلا عنها صفحة بيضاء عند الطباعة النهائية.

الفصل الرابع عشر

استخدام الأدوية والأشكال الأخرى من العلاج الجسدي

1- مدخل

يتمركز جوهر العلاج الطبي على معالجة الجسم. ومن أجل هذا العلاج استخدم ويستخدم الأطباء كل ما يتوفر لهم من أدوية لتخفيف معاناة وآلام البشر. والأطباء النفسيون بوصفهم أطباء فقد اتجهوا منذ البداية نحو استخدام أشكال المعالجات الجسدية المتوفرة من أجل تخفيف الأعراض النفسية والتخفيف من معاناة وأزمات مرضاهم. وعلى مر العصور تطورت الأدوية المستخدمة إلى درجة أنه تتوفر اليوم في جعبة الأطباء النفسيون مجموعة من الأدوية التي إذا تم استخدامها بالجرعات المناسبة خلال فترة محددة من الزمن تستطيع تغيير إحساس وسلوك ومشاعر الإنسان الذي يعاني من اضطراب نفسي جدي.

يهدف هذا الفصل إلى تمكين المتخصصين النفسيين، من امتلاك قاعدة معرفية بالأدوية النفسية وتأثيراتها وحدودها كي يراعوا ذلك في عملهم ويفهموا التأثيرات الجانبية ويساعدوا المرضى الذين يتناولون هذه الأدوية على الفهم الأفضل لإمكانات الدواء وحدوده.

2- لمحة تاريخية مختصرة

حتى العقد الخامس من القرن العشرين لم تكن هناك أدوية معروفة مخصصة للتأثير بالأعراض والمتلازمات التي يعالجها الطبيب النفسي بما في ذلك حالات القلق والاكتئاب والذهانات. وكان العلاج الدوائي يتمركز في غالبيته على استخدام أدوية غير نوعية أو مخصصة وبشكل خاص المهدئات التي كانت تهدئ المرضى

المتوترين والمثارين إلا أنها لم تكن تحقق أي تأثير آخر غير ذلك. وحتى في الاضطرابات الذهانية المزمنة كان العلاج النفسي هو الشكل الأهم في العلاج في الولايات المتحدة الأمريكية. ومن ثم كان المرضى الذين لم يكونوا في حالة قادرين فيها على الاتصال والتواصل المباشرين ويصعب الحصول على تعاونهم الفاعل يظلون خارج إطار العلاج وقلما كان بالإمكان مساعدتهم. وحتى أواسط القرن العشرين كان كثير من المرضى الذين يسلكون سلوكاً شاذاً أو خطيراً أو ما يشبه ذلك يحجزون في أقسام طبية مغلقة تقدم لهم الرعاية الجسدية الأساسية وحيث يتم حمايتهم من أنفسهم وحماية الآخرين منهم.

ووحدها الصدفة هي التي قادت إلى ثورة تسارعت وما زالت نتائجها حتى الآن غير منتهية كلية.

ففي بداية الخمسينيات من القرن العشرين بدأ الجراح الفرنسي هنري لابوري Henri Laborit بحقن مرضاه قبل العملية الجراحية بمادة الكلوروبروماترين chlorpromazine بغرض تسكين المرضى. كذلك قرر الأطباء النفسيون الفرنسيون جان ديلي وباول دينكر Jean Deley & Paul Denker بتجريب استخدام الكلوروبروماترين من أجل تسكين مرضاهم النفسيين المقيمين في المستشفى. وكانت المفاجأة عظيمة عندما تراجعت الأهلاس والتصورات الهذيانية لدى المرضى الذين عانوا منها لسنوات طويلة. وقد لوحظ أن الأعراض اختفت كلية تقريباً لدى بعض المرضى، ولدى بعضهم الآخر خفت لدرجة كبيرة جداً، إلى درجة أن الرجال والنساء الذين كانوا حتى الآن غير قادرين على التفاعل والتواصل استطاعوا المشاركة في برامج علاجية بل وحتى خرجوا من المستشفى.

وسرعان ما تم تأكيد نتائج كل من ديلي ودينكر في العالم كله. ولم يحفز الكلوروبروماترين تطوير العقّلات (المعقلات) فحسب وإنما طوائف أخرى من الأدوية النفسية (Psychotropica). ومنذ نهاية الخمسينيات وحتى الآن تتوفر مجموعة كبيرة من الأدوية عالية النوعية منها ما هو مضاد للذهان والاضطرابات الانفعالية أحدثت ثورة في علاج الأمراض والاضطرابات النفسية الشديدة وحسنت من فهمنا لها بطريقة حاسمة.

وفي الوقت نفسه تقريباً الذي تم فيه تطوير الأدوية النفسية الفاعلة وطرحها في الأسواق تم إكمال الذخيرة العلاجية بأشكال علاجية أخرى غير جسدية وتحسينها. وبعضها بلم يتمكن من إثبات نفسه عبر الزمن حيث كانت إما خطيرة جداً للاستخدام الواسع أو أن تأثيراتها لم تكن كبيرة، وبعضها تم تطويره حديثاً وأضيف إلى جعبة العلاجات المتوفرة. ومن هذه العلاجات نذكر على سبيل المثال العلاج بالتشنج الكهربائي والعلاج بالضوء والتغذية الراجعة والتي سنعالجها في نهاية هذا الفصل أثبتت نفسها على أنها علاجات ذات تأثير فاعل جداً وتستخدم اليوم على نطاق واسع.

3- تأثير العلاج الدوائي

كان وما زال تقريباً اكتشاف الأدوية ذات التأثير النفسي نتيجة للصدفة أكثر منه نتيجة للعمل المنهجي والمنتظم. وقفي خمسينيات القرن العشرين وعندما تم استخدام هذه الأدوية كان العلماء لا يعرفون إلا القليل حول مجرى الاضطرابات النفسية. وفي ستينيات القرن العشرين وما بعد تمكن العلماء بفضل البحث الدقيق لطريقة تأثير هذه الأدوية الجديدة في مختبرات الأبحاث القاعدية من حل لغز المركبات البيوكيماوية لأهم الاضطرابات النفسية. فعلى سبيل المثال قاد اكتشاف أن الكلوروبروماتزين وكل المعقلات Neuroleptica الأخرى تكبح نشاط الناقل العصبي الدوبامين إلى طرح فرضية أن الفصام باعتباره أشد أشكال الاضطرابات النفسية ينشأ، إلى حد ما على الأقل من فرط نشاط هذا الناقل العصبي. كما قادت المعرفة أن الأدوية المحسنة للمزاج تؤثر على الناقل العصبي أحادي الأمين النوريبينيفين Monoamine-Neurotransmitter Norepiniphrin والسيروتونين Serotonin، إلى الفرضية القائلة: إن منظومات النقل هذه يمكن أن تسهم على الأقل في نشوء بعض الاضطرابات الاكتئابية الجديدة.

وبمجرد أن يتمكن العلماء من معرفة عواقب العلاج بالتشنج الكهربائي على العمليات البيوكيماوية والنفسية في الدماغ بدقة أكبر سوف يتعمق فهمنا لآليات الاكتئاب والذهانات بدرجة أكبر.

وعلى الرغم من أن طريقة تأثير العلاج الجسدي لم تزل غير واضحة بدرجة كبيرة بعد فإنه يتم استخدامها اليوم على مدى واسع من أجل تخفيف أعراض الأمراض النفسية الشديدة Psychiatric Disorders .

وللأدوية النفسية اليوم أهمية كبيرة على الرغم من أنها لا تمثل الشكل الوحيد من العلاج وليست بالضرورة أن تكون الشكل الأفضل للعلاج في الحالات الفردية.

والسؤال المطروح: هل يمكن للأدوية النفسية أن "تشفي"؟

يصف الأطباء المضادات الحيوية (البنسيلين ومشتقاته) من أجل "شفاء" العدوى، حيث يقوم المضاد الحيوي بتدمير الجراثيم التي دخلت إلى الجسم وسببت المرض. ويقوم الجراحون في بعض الأحيان "بشفاء" السرطانات الخطيرة من خلال التدخل الجراحي بمشارطهم.

أما التدخلات الطبية فهي تهدف إلى مجرد التخفيف من الأعراض. إنها ترفع من قدرة الشخص المعني على أن تكون وظائفه طبيعية دون أن تشفي بالضرورة المرض القابع خلف ضعف الوظائف هذا. مثال ذلك استخدام الأنسولين في مرض السكري الذي لا بد منه من أجل أن يتمكن المريض من مواصلة الحياة، مع العلم أن الأنسولين بحد ذاته لا يشفي من المرض. وبالطريقة نفسها تتم معالجة ارتفاع ضغط الدم بمضادات فرط التوتر الشرياني، حيث تحافظ هذه الأدوية على ضغط الدم الطبيعي عند الإنسان إلا أنها بحد ذاتها لا تغير من الاضطراب الذي سبب ارتفاع ضغط الدم.

والعدد الأكبر من الأدوية المستخدمة في الطب النفسي تقود إلى نتائج جيدة تكاد تقترب من "الشفاء" وذلك من خلال تراجع الأعراض عند المعني، واختفاء دلائل المرض عنده وتجعله قادراً ثانية على أن يعيش حياة طبيعية. ومع ذلك فقلما نجد الأطباء النفسيون يجزمون أن مرضاهم قد "شفوا". ويعزى ذلك إلى أننا ما زلنا بحاجة للكثير لتعلمه حول الأسباب التي تقود إلى المرض النفسي وما هي الطريقة التي تقوم فيها الأدوية النفسية بالتغلب على أعراض معينة وما هي الظروف التي يعود فيها المرض النفسي للانفجار.

فمريض الاكتئاب المزمن الذي تمت إزالة الأعراض لديه من خلال الأدوية قد يحتاج إلى جانب العلاج النفسي الضروري إلى الاستمرار بتناول الدواء. وكذلك يمكن من خلال المعقلات (مضادات الذهان) كبح الأهلاس والهذيان واضطرابات التفكير بشكل خاص إلا أنها للأسف يمكن أن تعود ثانية للظهور بمجرد أن يتوقف المريض عن تناول الدواء.

إن الفهم الدقيق للكيفية التي ينبغي فيها استخدام الأدوية النفسية تتطلب بالإضافة إلى معرفة الفئات الرئيسية من الأدوية معرفة كيفية التوصل إلى قرار نوعية العلاج الذي سيطبق مع مريض معين وكذلك معرفة فاعلية الأشكال المختلفة من العلاج.

وسنتناول بداية عرضاً للأسماء العامة أو الكيماوية للأدوية ونشير في بعض المواقع إلى التسميات التجارية لها وحالات وصفها. ومن الطبيعي هنا أن نجد بعض الاختلافات في التسميات التجارية للأدوية باختلاف بلد المصدر أو المنشأ. كما نود الإشارة هنا أنه بسبب التطورات المتسارعة في الأدوية النفسية فقد نشهد تطوير أو اكتشاف أدوية جديدة مطروحة في الأسواق، لم يتم التطرق لها هنا.

4- كابتحات القلق والتوتر (المهدئات والمسكنات Sedative & Tranquilizer)

يتم استخدام المهدئات أو المسكنات المعروفة في اللغة الطبية تحت تسمية الأدوية المضادة للقلق بشكل رئيس للعلاج قصير الأمد لحالات القلق والتوتر والخوف. وهي فاعلة بصورة خاصة عندما يكون للقلق موضوعاً محدد الملامح، على نحو الخوف من عملية جراحية أو سفر مقبل أو موقف يخشى الإنسان أن يتحول بالنسبة له موقفاً صادمًا.

وضمن فئة المنومات توجد مجموعة كبيرة من العقاقير المضادة للقلق والتي تسبب النعاس إلى جانب تأثيرات أساسية أخرى، بالإضافة إلى عقاقير أخرى التي يتم استخدامها بصورة أساسية بسبب خصائصها المنومة والمعروفة تحت اسم المنومات.

1.4- البنزوديازيبانات Benzodiazepine

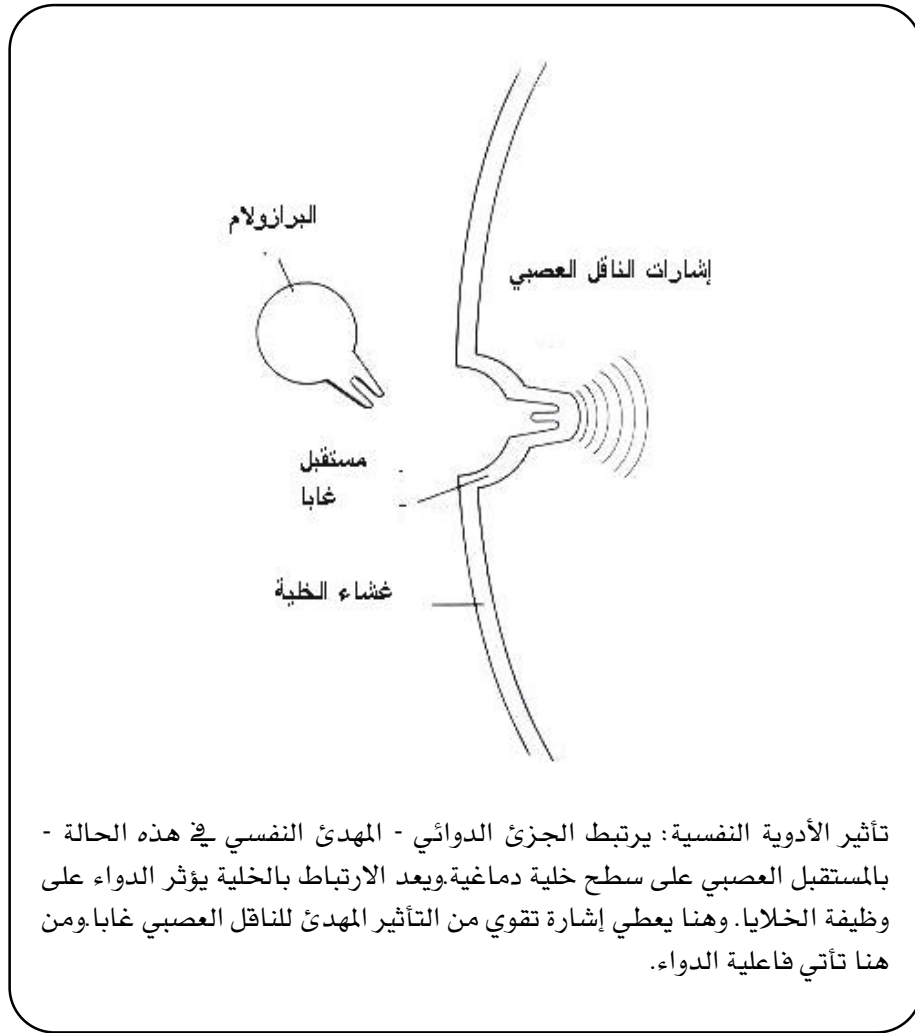
عرف الإنسان منذ فجر التاريخ مجموعة كبيرة من المواد والعقاقير ذات التأثير المهدئ. ولعل الكحول من أقدم المواد المخففة للقلق *anxiolytica* بالإضافة إلى مجموعة كبيرة من الأعشاب المختلفة التي استخدمت للأغراض نفسها. وفي القرن التاسع عشر طرح في الأسواق البروميد *bromide*، وأعقبه البراييتوريت *barbiturate* كمخففين للقلق. إلا أن التأثيرات الجانبية السامة لهذين العقارين أو التأثير المسبب للتعود لها قاد إلى البحث عن عقاقير أكثر أماناً. أما اليوم فتتنمي غالبية العقاقير الطبية المستخدمة لعلاج القلق والمشكلات القريبة منه لمجموعة كيماوية واحدة المسماة البنزوديازيبانات. وكان الكلورديا كسيبو كسيد *Chlordiazepoxide* وأماناً. أول بينزوديازيبان تم طرحه في عام 1960. ومنذ ذلك الحين تم تطوير مجموعات أخرى من البنزوديازيبانات، منها ديازيبام *Diazepam* وحديثاً لورازيبام *Lorazepam* أو البراتزولام *Alprazolam*. وعلى الرغم من أن البنزوديازيبانات تبدو أقل خطراً من العقاقير التي سبقتها إلا أنها لا تخلو من المخاطر الوخيمة (أنظر المخاطر والتأثيرات المتبادلة).

وعلى الرغم من خطورتها المعروفة إلا أنه يتم وصفها بشكل كبير من قبل جميع الأطباء في التخصصات المختلفة. فقد أظهرت دراسة في الولايات المتحدة الأمريكية وتسعة بلدان أوروبية أن بين 10-17% من الراشدين في هذه البلدان قد تناولوا عقاراً مهدئاً في السنة الأخيرة. (راجع كذلك لمزيد من التفاصيل كتاب مستقبل العلاج النفسي، سامر جميل رضوان، وزارة الثقافة السورية، 1999).

1.1.4- طريقة التأثير

يبدو أن البنزوديازيبانات ترفع من نشاط الناقل العصبي المسمى الحمض الدهني الأميني - غاما *Gamma-Amino butter-oxide* والذي يرمز له اختصاراً (GABA)، الذي يخفض من توصيل الدفقات العصبية ويبطئ من نشاطات محددة في الدماغ. وفي ثمانينيات القرن العشرين اكتشف الباحثون أنه توجد في بعض خلايا الدماغ مستقبلات تتعشق فيها جزيئات البنزوديازيبان تماماً كما يتعشق القفل في المفتاح.

وقد قاد ذلك إلى طرح فرضية إلى أن هذه العقاقير المصنعة تحتوي على مواد غير مكتشفة بعد تشبه تلك التي ينتجها الجسد بنفسه وتمتلك تأثيراً مهدئاً طبيعياً.



وعلى الرغم من أن أهم البنزوديازيبانات تشبه بعضها فيما يتعلق بتأثيرها المضاد للقلق أو المسكن أو المنوم أو كلها معاً، إلا أنها تختلف عن بعضها في المدة التي تبقى فيها فاعلة في الجسد. فكل البنزوديازيبانات تبدأ تأثيرها بسرعة إلى حد ما، عادة بين الساعة إلى الساعتين. وعادة ما يتم وصف البنزوديازيبانات ذات التأثير القصير، لساعات عدة، عندما يكون المثير المسبب للقلق عابراً أو قد انتهى أو عندما يريد الطبيب مراقبة الجرعة بدقة، وخصوصاً لدى كبار السن الذين يتمثل أو يستقلب جسدهم الأدوية بصورة أبطأ. ومن أجل تحقيق تأثير مستمر لابد من تناول الدواء مرات عدة في اليوم. أما البنزوديازيبان ذات التأثير المديد، أي التي يستمر تأثيرها لفترات طويلة، والتي يتم تناولها بجرعة واحدة فيتم وصفها عادة إذا كانت الحاجة ملحة نحو الحصول على تأثير طويل الأمد، أو في الحالات التي يكون فيها المرء صائماً. في كل الحالات يحتاج الأمر إلى حوالي اليومين بعد سحب الدواء قبل أن تختفي تأثيرات البنزوديازيبانات كلها.

2.1.4- التأثيرات الجانبية

لعل من أكثر الأعراض الجانبية للبنزوديازيبانات هي النعاس والتعب وتضاؤل التنسيق النفسي الحركي والانتباه. وتقل هذه التأثيرات عادة بعد أسابيع عدة من تناول الدواء. ويشكوا بعض المرضى من تضرر قدرتهم على الحكم وتضرر الذاكرة حتى عند تناول العابر للدواء على نحو تناول الدواء بسبب الأرق العابر. كما يمكن أن تظهر أعراض أخرى على نحو ضبابية الرؤية والكلام المملوط والارتعاش والطفح الجلدي والزيادة المفرطة للوزن. وانخفاض الضغط ولدى كبار السن التشنج قصير الأمد. وينصح المرضى باستشارة الطبيب حول النشاطات الممكن ممارستها أثناء تعاطي الدواء.

وليست اليوفوريا، أي الشعور المبالغ به من الإحساس بالحيوية والنشاط من التأثيرات الجانبية التي تكثر ملاحظتها، إلا أنه هناك دلائل على أن أطفال الآباء الكحوليين يمكن أن يستجيبوا بحالة من اليوفوريا ومن ثم ينبغي مراقبة هؤلاء الأطفال من أجل تجنب سوء استخدام المهدئات.

3.1.4- المخاطر والتأثيرات المتبادلة

يمكن للبينزوديازيبانات أن تسبب التعلق الجسدي أو الإدمان، إذ تم تناولها بجرعات عالية أو إذا تم تناولها لفترة أطول مما هو مخصص. وحتى عند تناول الجرعة المخصصة واللازمة لإحداث التأثير العلاجي المرغوب يمكن فإن بعض الأشخاص يصبحون متعلقين بالمهدئات بعد أسابيع عدة أو أشهر من تناولها. ولا ينصح بالتوقف المفاجئ عن تناول الدواء بعد فترة طويلة من تناول الدواء، إذ يمكن أن تظهر بعد التوقف المفاجئ أعراض سحب خطيرة تشبه أعراض السحب عند الكحوليين الذين يتوقفون عن الشرب، حتى أنه قد تظهر أعراض السحب هذه عند التخليص المتدرج للجرعة تحت المراقبة الطبية في بعض الحالات. ولدى كثير من المرضى يسبب التوقف المفاجئ عن تناول الدواء نكسة، أن الأعراض التي تم وصف الدواء من أجل التخلص منها تعود بشكل أكثر شدة ثانية. وعلى الرغم من أنه لم يتم الإثبات بشكل قطعي بعد توجد دلائل على أن تناول البينزوديازيبانات أثناء الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل تقود إلى ارتفاع الاستعداد لولادة أطفال مشوهين مثل العُلْمَة (شفة الأرنب أو الشرم) وانقسام سقف الحلق. لهذا ينبغي عموماً تجنب تناول المهدئات في الأشهر الأولى من الحمل.

والجرعة المفرطة من البينزوديازيبانات مهددة للحياة. فبعد تناول الجرعة الزائدة يصاب المرء بالنعاس الشديد والخدر أو السبات ويفرق في نوم عميق. وإذا تم تناول الجرعة المفرطة مع الكحول أو مع عقاقير أخرى يمكن أن تقود الجرعة الزائدة للموت. والأطفال والأشخاص الذين يعانون من مرض جسدي معرضون لخطر كبير بشكل خاص عند تناول كمية زائدة من الأدوية.

ويرفع الكحول والعقاقير الكابحة للجهاز العصبي المركزي من التأثير المسكن للبينزوديازيبانات. ويمكن لهذا التوليف أن يقود إلى تسمم خطير بل إلى الموت. لهذا ينبغي تجنب تناول الكحول أو أدوية وعقاقير أخرى بما فيها المسكنات tranquilize والمنومات والباربيتورات والمخدرات narcotica ومضادات الهستامين أو الأدوية المزيلة للتشنج عند تناوله للبينزوديازيبانات، إذا ما لم وصف ذلك من قبل الطبيب. إلا أنه يمكن تناول البينزوديازيبانات مع عدد كبير من الأدوية الأخرى إذا

ما لم يكن للطبيب المعالج رأي آخر. على المرضى أن يخبروا أطباء الأسنان الذين يتناولون البنزوديازيبانات كذلك عليهم أن يخبروا الطبيب الذي يصف لهم البنزوديازيبانات إذا كانوا يتناولون أدوية أخرى.

5- أدوية أخرى ضد القلق واضطرابات النوم

تم مؤخراً تطوير عقاقير مضادة للقلق تتمثل في زولبيديم Zolpidem وزوبيكلون Zopiclon ذات مخاطر أقل كثيراً في إحداث التعلق والإدمان من البنزوديازيبانات، إلا أنها ذات تأثير مشابه في التخفيف من القلق. وتجرى حالياً اختبارات على عدد كبير من الأدوية التي لا تمتلك مخاطر البنزوديازيبانات.

كذلك أثبتت كايحات بيتا المستخدمة بصورة أساسية لتخفيض ضغط الدم فاعليتها في تخفيض القلق وبشكل خاص قلق الامتحان. إلا أن استخدام هذه الأدوية في معالجة القلق ما زال في طور الدراسة.

أما الباربيتورات التي هي أدوية شديدة الفعالية فلم تعد تستخدم كثيراً في الوقت الراهن للمعالجة قصيرة الأمد لاضطرابات النوم بسبب تأثيراتها الجانبية.

وأثبتت مضادات الاكتئاب فاعليتها الشديدة في علاج نوبات الهلع.

والجدول رقم (1) يوضح قائمة ببعض أنواع المهدئات النفسية وأمثلة من الأسماء التجارية.

6- مضادات الاكتئاب

تنتمي مضادات الاكتئاب المعروفة منذ الخمسينيات من القرن العشرين إلى مجموعتين رئيسيتين:

- 1- مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة tricycles Anti depressiva والتي يرمز لها (TCA).
- 2- كايحات الحمض الأميني الأحادي Mono-Amino-Oxides-blockers والتي يرمز لها اختصاراً MAO-blockers.

جدول رقم (1)

قائمة ببعض أنواع المهدئات النفسية وأمثلة من الأسماء التجارية

الاسم التجاري (مثال)	التركيب الكيميائي
(أ) البنزوديازيبانات	
1- تافيل Tafil	1- البرازولام Alprazolam
2- ليبريوم Librium	2- كلوروديازيبوكسيد Chlordiazepoxid
3- ريفوتريل Rivotril	3- كلونازيبام Clonazepam
4- فالسيوم Valium	4- ديازيبام Diazepam
5- دالمادورم Dalmadorm	5- فلورازيبام Flurazepam
6- تافور Tavor	6- لوراتزيبام Lorazepam
7- أدومبران Adumbran	7- أوكسازيبام Oxazepam
8- بلانوم Planum أو ريمستان Remestan	8- تيمازيبام Temazepam
9- فريزيوم Frisium	9- كلوباتزام Clobazam
10- ترانكسيليوم Tranxilium	10- ديكاليوم كلورازيبات Dikaliumchlorazepat
11- روينول Rohypnol	11- فلونيترازيبام Flunitrazepam
12- نوكتاميد Noktamid	12- لورميتازيبام Lormetazepam
(ب) أدوية أخرى:	
1- بيسبار Besbar	1- بوسبيرون Buspiron
2- ستيلنوكس Stillnox	2- زولبيديم Zolpidem
3- كسيموفان Ximovan	3- زوبيكلون Zopiclon

وتسمى هذه المضادات كذلك مضادات الاكتئاب من الجيل الأول. وفي السنوات الأخيرة تم إدخال مضادات الاكتئاب من الجيل الثاني منها كإحباط إعادة امتصاص السيروتونين serotonin-resorption blocker مثل الفلوكسيتين Floxetin أو سيروكسات Seroxat ، التي لا تشبه مضادات الاكتئاب الأخرى.

والى جانب استخدام هذه الأدوية لعلاج الاكتئاب يتم استخدام هذه الأدوية لعلاج القلق واضطرابات الطعام.

1.6- طريقة التأثير

ترفع مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة وكإحباط الحمض الأميني الأحادي ومضادات الاكتئاب من الجيل الثاني كل بطريقة مختلفة كمية أو تركيز الأمينات⁽¹⁾ الأحادية في الدماغ، أي المستقبلات العصبية المهمة من أجل تنظيم المزاج. فمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة وكإحباط الحمض الأميني الأحادي تؤثر على الأمين الأحادي النوريبيينيفرين Norepinphrin والسيروتونين Serotonin ، في حين أن مضادات الاكتئاب من الجيل الثاني كالفلوكسيتين تؤثر على مستوى السيروتونين. أما العلاج فهو متشابه بغض النظر عن الفئة الدوائية التي يتم اختيارها. إذ غالباً ما يتم إعطاء مضادات الاكتئاب بجرعات يزداد بالتدريج إلى أن يصل المرء إلى التأثير العلاجي المرغوب. وفي بعض الأحيان يخفق العلاج بسبب كون الجرعة المأخوذة غير كافية لتحقيق الأثر العلاجي المرغوب أو بسبب عدم تناول الدواء لفترة زمنية كافية. ويظهر تأثير الدواء لدى بعض المرضى بعد أيام قليلة من تناول الدواء. ولدى الغالبية العظمى من المرضى يبدأ التأثير بعد أسابيع عدة من تناول الدواء. وفي حال استمرار الاكتئاب بعد أسابيع ستة من العلاج على الطبيب أن يصف للمريض دواء آخر.

وبعد أن يبدأ الدواء تأثيره المرغوب يستمر العلاج لستة أشهر على الأقل. وكثير

(1) amine الأمين: مركب ينتج من إحلال مجموعة أو أكثر من مجموعات الأريل محل هيدروجين النشادر.

من المعنيين يتناولون الدواء لفترة سنة أو أكثر من أجل تجنب حدوث انتكاس. وعلى الرغم من أن مضادات الاكتئاب لا تسبب التعلق أو الإدمان إلا أنه من المهم تخفيض الجرعة بصورة متدرجة كي لا يعاني الإنسان من آلام جسدية.

2.6- التأثيرات الجانبية لمضادات الاكتئاب

على الرغم من أن التأثير المعدل للمزاج لهذه الأدوية يبدأ في العادة ببطء فإن التأثيرات الجانبية تكون على عكس ذلك، حيث سرعان ما تظهر، الأمر الذي يمكن أن يكون له بعض الفوائد. فبناءً على التأثير الجانبي المنوم أو المسكن فإن المريض المكتئب الذي ربما عانى لفترة طويلة من اضطرابات النوم يستطيع في النهاية أن ينام طوال الليل دون أن يستيقظ، وتعود شهيته بالتدريج ويشعر أخيراً بالجوع الذي افتقده لفترة طويلة.

ومن جهة أخرى يمكن للتأثيرات الجانبية أن تسبب إرهاقاً إضافياً للإنسان الذي يعاني بالأصل من اكتئاب شديد، بحيث لا بد له من تناول الدواء. وتتراجع غالبية التأثيرات الجانبية في مجرى الدواء أو حتى تختفي كلية. وإذا كانت هناك بعض الأعراض الجانبية المزعجة فإن الطبيب قادر على مواجهتها بطرق مختلفة. إذ يمنه أن يخفض الجرعة إلى المقدار الذي يمكن أن تصبح فيه التأثيرات الجانبية محمولة ويرفع الجرعة بصورة أبطأ إلى المستوى الذي تصبح فيه فاعلة. وفي بعض الحالات يطلب من المريض أن يتناول الدواء مساءً على شكل جرعة يومية واحدة بحيث يكون التأثير المنوم لبعض مضادات الاكتئاب قد انخفض حتى الصباح. وفي مضادات الاكتئاب التي تسبب الأرق يقوم الطبيب في بعض الأحيان بوصف دواء منوم إضافي في الأسبوعين الأولين أو يغير الدواء إلى دواء آخر تختلف تأثيراته الجانبية عن الدواء الموصوف.

وبشكل عام تترافق مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة وكابحات الحمض الأميني الأحادي بتأثيرات جانبية أكثر أو أشد من مضادات الاكتئاب من الجيل الثاني. ومع ذلك فجميعها ذات تأثيرات جانبية ما وبشكل خاص في بداية العلاج.

ومن أكثر التأثيرات الجانبية لمضادات الاكتئاب ملاحظة، والتي تختلف من

دواء إلى آخر، يمكن تعداد جفاف الفم الرؤية الضبابية، ضعف الذاكرة، الإمساك، الإسهال، صعوبات التبول أو كثرة التبول، الغثيان، النعاس أثناء النهار، الأرق تغيرات في الوزن، حساسية تجاه ضوء الشمس، تغيير في ردود الأفعال الجنسية، تغير في الإحساس في الطعم، صداع.

وبعض الأشخاص يمكن أن ينخفض الضغط لديهم وبشكل خاص عند الوقوف. وتطلق على انخفاض ضغط الدم هذا تسمية "نقص التوتر السكوني العمودي ortho- statically Hypotonia"⁽¹⁾، الذي يمكن أن يكون خطيراً وخصوصاً عند كبار السن. وينصح المرضى بعدم التغيير المفاجئ لوضعيتهم أو تحريك الرجلين وعضلات البطن قبل النهوض. وإذا استمرت الأعراض فقد يقوم الطبيب بتغيير الدواء أو إذا كان الدواء الموصوف بالأصل فاعلاً ضد الاكتئاب فقد يصف دواء إضافياً لمواجهة التأثيرات الجانبية.

يمكن لمضادات الاكتئاب أن تضر بكفاءة الإنجاز النفسية والجسدية. وعلى الأشخاص الذين يتناولون مضادات الاكتئاب أن يتجنبوا في الأسابيع الأولى الأعمال التي تتطلب منهم ردود أفعال وتناسقات عضلية سريعة كقيادة السيارة والتعامل مع الآلات.

وكما هو الحال في كل علاج دوائي يمكن أن تظهر عند البعض ردود أفعال تحسسية. وفي حال ظهور تحسس جلدي لا بد من إبلاغ الطبيب بسرعة. بالإضافة إلى ردة فعل التحسس ينبغي الانتباه إلى الآثار الجانبية الجديدة التالية التي تحتاج المراجعة السريعة للأطباء: التشنجات والأهلاس واضطرابات الاستقلاب، والنزيف والحرارة واصفرار العينين أو الجلد وصعوبات التنفس.

على المريض أن يبلغ الطبيب بكل الأعراض الجانبية وبشكل خاص التي تسبب الخوف أو التي يبدو أنها معقدة. ويستطيع الطبيب أن يخبر المريض بما يمكن

(1) عبارة عن انخفاض مفاجئ وخطير أحياناً لضغط الدم الذي يقود عند الوقوف المفاجئ من وضعية الجلوس أو الاستلقاء إلى الشعور بالدوار. ويمكن أن يكون هذا اضطراباً مستقلاً أو ناجماً عن التأثيرات الجانبية لمضادات الاكتئاب.

فعله أو يمكنه أن يطمئن المريض أن العلاج الدوائي يسير بصورة طبيعية. وتتوفر في الوقت الراهن مضادات اكتئاب يمكنها مساعدة كثير من الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب الأساسي دون الانهزام والاستسلام للأعراض الجانبية.

3.6- مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة

يعد الإميبيرامين Imipramin من أول مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة الذي تمت دراسته بداية في أواخر خمسينيات القرن العشرين باعتباره عقاراً مضاداً للذهان. وبدلاً من أن يثبت فاعليته في مقاومة الذهانات ظهر تأثيره المضاد للاكتئاب. ومنذ ذلك الحين تم تطوير أكثر من مجموعة من مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة. وتشكل مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة بالنسبة لعلاج غالبية أشكال الاكتئاب وسيلة الاختيار الأولى في العلاج. وتوجد مجموعة من الدراسات وكم أكبر من الخبرات العيادية التي تثبت أن مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة فاعلة في علاج نوبات الهلع وفقدان الشهية العصبي (البوليميا). كما ، بعض مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة الجديدة يبدو أنها فاعلة في علاج اضطرابات القسر.

وعلى الرغم من أن تأثير مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة المختلفة يبدو واحداً في اكتئاب متوسط الشدة، فإن الأطباء قد يفضلون في بعض الحالات استناداً للخصائص الفردية استخدام هذا العقار أو ذاك. فبعض مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة تسبب النعاس ومن ثم يتم وصفها بشكل خاص للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات النوم، في حين أن غيرها يسبب تأثيراً منشطاً ومن ثم ينصح بوصفها للأشخاص الذين يتطلب منهم عملهم ذلك بشدة.

1.3.6- المخاطر والتأثيرات المتبادلة

لا يتم وصف مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة بشكل عام لمرضى يعانون من صور أخرى من الأمراض كمرضى القلب أو الذين يعانون من مشكلات في الجهاز البولي. لهذا عادة ما يتم قبل البدء بالعلاج بمضادات الاكتئاب إجراء فحص جسدي دقيق.

وعلى الرغم من أنه ليس من المثبت أن مضادات الاكتئاب تسبب تضررات طفولية مبكرة أو أضرار ولادية إلا أنه يجب عدم استخدامها أثناء الحمل أو الرضاعة إلا باستشارة الطبيب وموافقته.

وتتبادل مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة التأثير مع أدوية أو عقاقير شائعة الاستخدام وبشكل خاص الكحول وأدوية ضغط الدم. فالأشخاص الذين يتناولون مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة ويشربون الكحول في الوقت نفسه يسكرون بسرعة أكبر وتزداد تأثيرات مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة. وتتناول مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة مع أدوية الضغط يمكن أن يقود إلى انخفاض مفرط في ضغط الدم. وكذلك يتبادل كثير من الأدوية منها المهدئات وعقاقير الغدة الدرقية وموانع الحمل التي يتم تناولها عن طريق الفم ومميعات الدم مع مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة.

ويمكن لفرط الجرعة من مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة أن يقود إلى فشل خطير في القلب أو ارتجاف في القلب. والأشخاص الذين يخشون من أن يكونوا قد تناولوا جرعة مفرطة من مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة عليهم مراجعة الإسعاف في المستشفى في الحال، مع اصطحاب علبة الدواء معهم كي يتمكن الأطباء في المستشفى من تحديد نوع الدواء بسرعة ويقومون باللازم.

ويتم استخدام مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة لإلحاق الأذى بالنفس. وبما أن نسبة المنتحرين بين مرضى الاكتئاب مرتفعة يصف الأطباء عادة كميات قليلة من الأدوية الكافية لأيام قليلة فقط في كل مرة.

4.6- كابحات الحمض الأميني الأحادي

كان أول نوع من كابحات الحمض الأميني الأحادي الذي طرح في الأسواق في الولايات المتحدة الأمريكية عبارة عن دواء تم تطويره بالأصل للسل. وبعد أن تم اكتشاف تأثيره المحسن للمزاج لدى مرضى السل تحول بسرعة إلى عقاراً مفضلاً للاكتئاب. وسرعان ما تم تطوير كابحات أخرى للحمض الأميني الأحادي. وعلى الرغم من أنه قد تم سحب عدة أنواع منها بسبب تأثيرها السام إلا أنها ما زالت تستخدم في علاج الاكتئاب حتى الآن.

ويسبب المخاطر التي المرتبطة باستخدام كابتحات الحمض الأميني الأحادي لم يقم الأطباء النفسيون بوصفها إلا لأولئك المرضى الذين لا يستجيبون للعلاج بمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة . أما الآن وبعد أن تمكن العلماء من استبعاد الخطر الأساس لكابتحات الحمض الأميني الأحادي (انظر الفقرة التالية)، فإن الأطباء أكثر تقبلاً لوصف كابتحات الحمض الأميني الأحادي بدلاً من مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة وبشكل خاص لدى المرضى الذين يعانون من اكتئاب غير نمطي. فهؤلاء الأشخاص يتصفون بفرط بالشهية بدلاً من انخفاض الشهية والحاجة الزائدة للنوم (راجع فصل الاكتئابيات) وكذلك في حالات القلق والرهابات التي لا تستجيب للعلاجات الأخرى.

1.4.6- المخاطر والتفاعلات

تتفاعل كابتحات الحمض الأميني الأحادي مع مجموعة من الأدوية الأخرى والأغذية وتسبب ما يسمى بأزمة الضغط العالي، التي هي عبارة عن الارتفاع المفاجئ والمهدد للحياة أحياناً لضغط الدم. وعلى المرضى الذين يتناولون هذه الأدوية وأقاربهم أن يتعلموا التعرف على العلامات الأولى لأزمة الضغط العالي والتي تتمثل في خفقان القلب وآلام الصدر واضطرابات إيقاع القلب والتعرق والغثيان والدواء والإقياء والصداع الشديد الطارق (الذي يشبه المطرقة) الذي يكون من أشد الأعراض ملاحظة. ولدى ظهور هذه الأعراض فإنه من المهم الإسراع في إسعاف المريض إلى أقرب مستشفى حيث يمكن معالجة ضغط الدم المرتفع بالطرق المناسبة.

ويمكن تجنب هذا الخطر من خلال تجنب الأغذية والأدوية المذكورة في الجدول (2). فكل المواد المذكورة تحتوي على ما يسمى بالمواد الرافعة للضغط Pressure substances ، يمكنها أن تسبب ارتفاعاً لضغط الدم. وتعد الأغذية التي تحتوي على التيرامين Tyramine والذي ينشأ عادة من خلال عمليات التزنيخ أو التعفين كما هو الحال في الجبن والألبان (الشنكليش أو القريش أو الجبن الرومي أو المش) وعمليات التخمير خطيرة جداً.

لهذا تعد كابتحات الحمض الأميني الأحادي ملائمة فقط للأشخاص الذين يكونون على استعداد للابتعاد عن تلك المواد الغذائية بصورة صارمة.

جدول (2)

نصائح للحمية للمرضى الذين يتناولون كابتحات الحمض الأميني الأحادي

(ينبغي التوقف عن تناول كل الأغذية والأدوية المذكورة هنا قبل يوم من البدء بالعلاج والاستمرار لأسبوعين بعد التوقف عن الدواء).

- * : خطر ضئيل
- ** : خطر متوسط
- *** : خطر كبير

(أ) الأغذية:

- 1- كل أنواع الأجبان ***
- = كل الأغذية التي تحتوي على الأجبان كالفتائر بالجبن والبيتزا والسلطات التي تحتوي على الأجبان.***
- = يسمح: اللبن واللبننة بكميات معتدلة.
- = القشدة الحامضة (الكريمة الحامضة) **
- 2- كل الأغذية المخمرة أو المخزنة لفترة طويلة، وبشكل خاص اللحم أو السمك المخزن (كاللحم المجفف أو المقدد والسلامي والنقانق وكل أنواع اللحوم المصنوعة بهذا الشكل)❖❖
- 3- كبد الدجاج أو البقر أو الغنم والكبد المعلبة**
- 4- الفول ***
- 5- خلاصات اللحم أو خلاصات الخمائر**
- مسموح: المنتجات المحتوية على الخمائر كالخبز. الخميرة غير خطيرة.
- 6- الفاكهة التالفة أو المتضررة (كالموز والأناناس المخمر والتفاح والتين والزبيب)❖❖
- مسموح: الفاكهة الطازجة غير ضارة.

(ب) المشروبات

- 1- الكحول كالنبيد والشيري والفيرموت والكونياك **
- 2- البيرة**

(ج) الأدوية

- 1- الأدوية المضادة للبرد (للكريب)***
- 2- بخاخات الأنف وأدوية التهاب الجيوب***
- 3- أدوية الربو والتنفس ❖❖❖
- مسموح: الأدوية الستيرويدية المضادة للربو غير خطيرة
- 4- الأدوية المضادة للحساسية والذكام***
- 5- الديميرول Demerol*** (مادة مخدرة تستخدم في العمليات الجراحية)
- مسموح: مواد مخدرة أخرى (كالكوأئين بجرعات ضئيلة)
- 6- المنشطات (الأمفيتامينات)***
- 7- كابحات الشهية**
- = الأمينات السمبثاوية (الودية) - ذات التأثير المباشر: مثل Epinephrine, Isoproterenol, Methoxamin, Lavarterenol, Norepinephrin**
- = الأمينات غير المؤثرة مباشرة: Amphetamine, Methylphenidate, Phenylpropanolamin, Ephedrine, Cyclopentamin, Pseudoephedrin, Tyramin***
- = تأثير مباشر وغير مباشر: Phenylephrin
- 8- المخدرات الموضعية المحتوية على الإيبينيفرين Epinephrine**
- مسموح: المخدرات الموضعية غير المحتوية على الإيبينيفرين Epinephrine
- 9- الليفودوبا Levodopa ضد متلازمة باركنسون**
- الدوبامين**
- 10- الدم: عند مرضى السكري الذين يحقنون بالأنسولين يمكن أن يحدث انخفاض شديد في السكر - وفي هذه الحال يمكن أن يتم تخفيض جرعة الأنسولين (عدا ذلك مسموح).
- 11- ضغط الدم (خافضات): لدى المرضى الذين يتناولون خافضات ضغط الدم يمكن أن ينخفض ضغط الدم بشدة بحيث ينبغي تخفيض الجرعة لهم (عدا عن ذلك مسموح).

توجد تقارير حول حالات نادرة سببت فيها الأغذية المذكورة أدناه ارتفاع ضغط الدم في سياق تناول كابحات الحمض الأميني الأحادي. والدلائل التي تم الاستناد إليها ضعيفة وتستند إلى حالات منفردة معزولة. والتحذير على أساس مثل هذه الحالات ليس مبرراً كثيراً وخصوصاً عندما نأخذ بعين الاعتبار العدد الأكبر من المرضى الذين يتناولون هذه الأغذية مع كابحات الحمض الأميني الأحادي دون أية عواقب سلبية. ويبدو أنه من غير المبرر في الممارسة العملية أن يتم منع المرضى من تناول هذه الأغذية طالما كانت غير مضرّة. والاستثناء الوحيد هو وجود مرضى قد تسبب لهم هذه الأغذية مشكلات عند تناولهم كابحات الحمض الأميني الأحادي:

خطر ارتفاع ضغط الدم:

- 1- السردين
- 2- الكافيار
- 3- الشوكولاته
- 4- القهوة
- 5- الكولا
- 6- التين، الزبيب، التمر
- 7- القشدة الحامضة
- 8- الفطر
- 9- المخللات
- 10- صلصة الصويا
- 11- الشوندر الأحمر
- 12- مسحوق الكاري (بهار هندي)
- 13- عرق السوس
- 14- نبات الراوند rhubarb
- 15- Worcestershire sauce صلصة وُسترشير: صلصة حريفة تشتمل على خلّ وتوابل الخ.

ومن الممكن أن ترفع كابحات الحمض الأميني الأحادي تأثير الكحول والمهدئات والأدوية المضادة للقلق وأدوية الألم فوق حدود الأمان المقبولة. والمرضى الذين يتوقع لهم إجراء عملية جراحية عليهم أن يتوقفوا عن تناول كابحات الحمض الأميني الأحادي من أجل استبعاد حدوث ردود أفعال غير ملائمة على الأدوية التي سيتناولونها قبل وبعد وفي أثناء العملية.

ولابد من الانتباه أن تأثير كابحات الحمض الأميني الأحادي يمكن أن يستمر لأيام بل لأسابيع بعد التوقف عن تناول الدواء. فحتى بعد أسابيع عدة يمكن لكابحات الحمض الأميني الأحادي أن تسبب تفاعلات خطيرة. لهذا ينبغي أن يتم تجنب الأغذية والأدوية لفترة أسبوعين بعد التوقف عن تناول كابحات الحمض الأميني الأحادي. وعلى الرغم من أنه لا يوجد دليل على أن كابحات الحمض الأميني الأحادي تسبب أضراراً على الأجنة والرضع فإنه ينبغي تجنب تناولها أثناء الحمل وفرة الإرضاع إلا إذا كان للطبيب رأي آخر.

وتتميز الجرعة الزائدة من كابحات الحمض الأميني الأحادي بالتأثيرات الجانبية المعروفة ويمكنها أن تترافق مع تزايد القلق والتشنج وأزمة ارتفاع ضغط. ويعد فرط الجرعة من كابحات الحمض الأميني الأحادي حالة إسعافية ينبغي علاجها مباشرة. وكما هو الحال في مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة فإنه يتم إعطاء كابحات الحمض الأميني الأحادي للأشخاص المعرضون لخطر الانتحار بجرعات تكفي لأيام معدودة فقط. وقبل وصفها لا بد من إجراء فحص جسدي دقيق كذلك.

2.4.6- نصائح للمرضى الذين يتناولون كابحات الحمض الأميني الأحادي

ينصح المرضى الذين يتناولون كابحات الحمض الأميني الأحادي بمراعاة النقاط التالية:

- 1- تجنب تناول الأطعمة والمواد المذكورة في الجدول السابق، وبشكل خاص المواد التي يوجد بجانبها نجمتين أو ثلاثة.
- 2- على المرضى بشكل عام تجنب كل الأطعمة الفاسدة والمتعفنة والخمرة أو

- المخزنة بأية طريقة كانت. يجب تجنب كل الأطعمة الفاسدة حتى غير المذكورة في الجدول السابق.
- 3- عند الإصابة بالبرد أو الزكام (الأنفلونزا أو الكريب) يمكن تناول الأسبرين. وعلى المريض مراجعة الطبيب ليصف دواء له في حالة السعال مع إخباره بما يتناول من أدوية.
- 4- في حالة الالتهابات يمكن تناول كل أنواع مضادات الاكتئاب دون خوف كالبنسيلين أو الإيروترومايسين أو التيتراستسيكلين).
- 5- يمكن تناول كل أنواع المليينات أو المسهلات لمعالجة الإمساك.
- 6- يجب تجنب كل أنواع الأدوية الأخرى مهما كانت وعدم تناولها إلا باستشارة الطبيب المعالج.
- 7- يمكن أن يقود تناول طعام فاسد إلى الارتفاع المفاجئ لضغط الدم. فإذا حدث هذا الأمر، فسوف يعاني المريض من الصداع الشديد وبشكل خاص في قفا الرأس والصدغين. ويصبح الوجه أحمر ومنتفخاً أو متورماً، ويصبح خفقان القلب كالطرق وقد تظهر هبات من التعرق والغثيان.
- 8- في حال مراجعة طبيب الأسنان على المرضى إخبار طبيب الأسنان بالدواء الذي يتناولونه وجعله يقرأ قائمة المحظورات. وينبغي استشارة الطبيب النفسي المعالج بخصوص المعالجة السنية، ويمكن الطلب من طبيب الأسنان الاتصال بالطبيب النفسي في حال وجود استفسارات أخرى.
- 9- يغلب أن تظهر تأثيرات جانبية كالدوار في أثناء الوقوف أو الإمساك أو تباطؤ التبول أو الانتصاب أو الرعشة أو ارتجاف العضلات أو النعاس أو انحباس السوائل في الخلايا أو فرط التعرق. وكثير من هذه الأعراض تتراجع بعد الأسبوع الثالث من المعالجة.
- 10- يمكن أن يظهر الدوار بعد التغيير المفاجئ لوضعية الرأس. ويمكن تجنب هذا الأمر من خلال التدوير البطيء للرأس. وعندما يتم تناول الدواء مع الطعام تخف هذه الأعراض والأعراض الأخرى.

- 11- ينذر أن يظهر تأثير الدواء في أقل من ثلاثة أسابيع.
- 12- يجب الحذر عند التعامل مع الآلات وقيادة السيارة حيث أن كثير من المرضى يميلون في الأسابيع الأولى لتناول الدواء للنعاس.
- 13- يجب إتباع التعليمات الطبية في تناول الدواء. يجب عدم تغيير الجرعة دون استشارة الطبيب المعالج.
- 14- على الرغم من التأثيرات الجانبية والتقييدات الغذائية فإن كابتحات الحمض الأميني الأحادي غير خطيرة إذا تم تناولها وفق التعليمات الطبية.
- 15- عند ظهور أي نوع من المشكلات الخاصة المتعلقة بتناول الدواء على المريض الاتصال بطبيبه.

5.6- مضادات الاكتئاب من الجيل الثاني

حتى ثمانينيات القرن العشرين كانت مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة وكابتحات الحمض الأميني الأحادي هما الدواءان الوحيدان المتوفران في الأسواق. وعلى الرغم من أن الخبرات العيادية مع هذه الأدوية النفسية إيجابية ومديدة إلا أن البحث عن مضادات اكتئاب أكثر فاعلية تتصف بتأثيرات جانبية قليلة لم يتوقف. ومن الأدوية الحديثة يمكن ذكر الأدوية المسماة مضادات الاكتئاب رباعية الحلقة tetra cyclica، والقريبة من مجموعة مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة على نحو المابروتيلين Maprotilin ومضادات اكتئاب أخرى غير قريبة منها.

ومن أسرع الأدوية التي تم تطويرها في هذه المجموعة الأدوية المسماة كابتحات إعادة امتصاص السيروتونين Serotonin- Reuptake- blockade التي يرمز لها اختصاراً SSRI، التي يتوفر منها في الأسواق الأدوية المسماة الفلوكسيتين والباروكسيتين Fluxetin & Paroxetine. ويعتقد أن تأثير هذه الأدوية يتركز بالدرجة الأولى في منظومة السيروتونين في الدماغ.

وعلى الرغم من أن أي من الأدوية الحديثة قد أثبتت فاعلية أفضل من مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة أو كابتحات الحمض الأميني الأحادي إلا أن تطويرها مهم

لسببين اثنين. الأول: يمكن لهذه الأدوية أن تكون فاعلة لدى المرضى الذين لا يستفيدون من مضادات الاكتئاب الأخرى. والثاني: تمتلك هذه الأدوية طيفاً آخر من التأثيرات الجانبية. ويتم استخدامها حالياً بشكل واسع لأنه تظهر لدى الغالبية مجموعة قليلة من الأعراض الجانبية غير المرغوبة ولأنها تسبب على الأغلب انخفاضاً في الوزن ولا تسبب زيادة فيه. وكثير من الأطباء النفسيين يصفون هذه الأدوية من الجيل الثاني بداية ولا يلجئون إلى الأدوية القديمة إلا إذا لم تظهر التأثير المرغوب. أما الأطباء الذين يمتلكون خبرات طويلة مع كابتحات الحمض الأميني الأحادي ومضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة فقد يفضلون استخدام الأدوية التي يعرفون تأثيراتها بشكل جيد.

أما الأعراض الجانبية والمخاطر والتفاعلات التي تمتلكها مضادات الاكتئاب من الجيل الثاني فإنها أقل من تأثيرات كابتحات الحمض الأميني الأحادي ومضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة. إنها أقل إرهاقاً للقلب من مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة وخطر ارتفاع ضغط الدم أقل من كابتحات الحمض الأميني الأحادي. وبعض هذه الأدوية تسبب بدرجة أقل التأثيرات الجانبية المضادة للكولين كتجفاف الفم واضطرابات الرؤية والإمساك.

وعلى الرغم من ذلك لا يوجد دواء ليس له تأثيرات جانبية. وحسب نوعية العقار يمكن لمضادات الاكتئاب ثنائية الحلقة أن تترافق مع احتمال كبير لحدوث نوبات الصرع؛ ويمكنها أن تؤذي الوظائف الجنسية وتسبب حالات توتر أو استثارة وأرق وصداع وغثيان وتغيرات في الوزن ودوار. وتوجد تقارير حول ارتفاع خطر الانتحار لدى المرضى الذين يتناولون مضادات الاكتئاب من الجيل الثاني، إلا أن هذه التقارير غير مؤكدة. وكما هو الأمر مع مضادات الاكتئاب الأخرى تتراجع التأثيرات الجانبية بعد أن يعتاد الجسد عليها. ويمكن لاستخدام أدوية أخرى ككابتحات بيتا ضد الإثارة والتوتر والبنزوديازيبانات ضد الأرق أن تسهل الاعتماد على الدواء. وينبغي الحذر من تعاطي مضادات الاكتئاب من الجيل الثاني أثناء الحمل أو الإرضاع كما هو الأمر في كابتحات الحمض الأميني الأحادي ومضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة. ومع تزايد الخبرات يمكن أن يتم اكتشاف تأثيرات جانبية لهذه الأدوية.

وكما هو الحال كذلك في كابتحات الحمض الأميني الأحادي ومضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة فإن استخدام مضادات الاكتئاب من الجيل الثاني مع المسكنات والكحول يسبب تفاعلات. وبعض الأدوية تتفاعل مع أدوية الغدة الدرقية ومميعات الدم (مضادات الكولاجين)، وأدوية الضغط وموانع الحمل الفموية والأدوية المضادة للتشنج.

7- مضادات الذهان (المُعَقِّلات)

تستطيع المُعَقِّلات والمعروفة كذلك تحت تسمية مضادات الذهان أن تؤثر على عدد كبير من الاضطرابات الذهانية من خلال تخفيضها الشديد لحالات الاستثارة والسلوك الزوري (البارانويدي) والتصورات الهذيانية والأهلاس واضطرابات التفكير السلوك الشاذ، أي على ما يسمى بالأعراض الذهانية الإيجابية.

وباستثناء الكلوزابين Clozapin والبيموزيد Pimozod فإن هذه الأدوية أقل فاعلية في الأعراض الذهانية "السلبية" على نحو الانخفاض الواضح لردود الأفعال الانفعالية والانسحاب الاجتماعي والانفعالي، وهي أعراض من ضمن الأعراض الفصامية.

1.7- التأثير

إلى جانب الكلوربرومازين Chlorpromazine تم منذ بداية خمسينيات القرن العشرين تطوير أكثر من ثلاثين مضاد ذهان آخر. وعلى الرغم من أنها تختلف عن بعضها في تركيبها الكيماوي وسرعة تأثيرها وفعاليتها إلا أنها تسبب جميعها ردة الفعل العلاجية نفسها تقريباً، وإن كان بعضها أسرع من بعض. ويتمركز تأثيرها على حصار الناقل العصبي المسمى الدوبامين، الأمر الذي يشير إلى أن كثير من أعراض الذهان يمكن أن تعزى إلى فرط نشاط الدوبامين في الدماغ. وكما هو الحال في مضادات الاكتئاب يتم وصف المُعَقِّلات بجرعات متزايدة إلى أن يتم تحقيق التأثير العلاجي المرغوب. ويختار الأطباء النفسيون في العادة دواء معيناً حسب نمط تأثيراته الجانبية، ويبدلون الدواء بآخر إذا لم يستطع المريض تحمل التأثيرات الجانبية للدواء الذي قرره الطبيب في البداية.

وفي كثير من الاضطرابات الذهانية المزمنة يقود السحب المفاجئ للدواء إلى انتكاس الأعراض. وترفع ضرورة الاستخدام طويل الأمد للمُعَقِّلات من المخاطر الوخيمة للتأثيرات الجانبية التي تترافق مع المُعَقِّلات.

2.7- التعامل مع المخاطر الأساسية

باستثناء الكلوزابين Clozapin الذي له مخاطره الخاصة سنشير إليها، تسبب كل مضادات الذهان (المُعَقِّلات) تأثيرات جانبية حركية تطلق عليها تسمية الأعراض فوق الهرمية.

1.2.7- الأعراض فوق الهرمية المبكرة

تظهر الأعراض فوق الهرمية بعد بداية العلاج بساعات عدة إلى أيام. ويمكن علاج هذه الأعراض فوق الهرمية. وتظهر هذه الأعراض في أشكال ثلاثة أساسية:

1- عسر الحركة المبكر: وهو شكل نادر من ردود الفعل العضلية إلا أنه شديد. ويتصف عسر الحركة الخفيف هذا بحركات جسدية غير متناسقة وتشنجية وغير مقصودة وتشنجات مؤلمة في اليد وعضلات الرجلين والوجه وقفا الرأس.

2- متلازمة باركنسون: وتشبه هذه المتلازمة مرض باركنسون بكل ما يميزها من مجرى بطيء أو جرار مع ارتجاف العضلات وتصلبها وتعايير وجه جامدة.

ويمكن السيطرة على الأعراض الباركنسونية المبكرة من خلال مضادات الباركنسونية وبشكل خاص من خلال ما يسمى بمضادات الكلولين Anti-cholinergica التي يعد البنزوديازيبين والتريهيكسيفينيديل Trihexiphenidyl. وفي حال عدم استجابة الأعراض لهذه الأدوية يمكن استخدام حاصرات بيتا كالبروبرانولول Propranolol أو البنزوديازيبين الحال للتشنج مثل الكلونازيبام.

3- عسر الحركة المتأخر: وهو عبارة عن متلازمة عصبية تتصف بحركات إيقاعية لا إرادية وبشكل خاص للشفتين واللسان والفك السفلي، على نحو خروج اللسان اللاإرادي من الفم وحركات مضغ وانتفاخ الوجنتين. وأحياناً ترافق هذه الحركات حركات لا إرادية للذراعين والرجلين. وتكون هذه الأعراض عند البعض غير ملحوظة في حين تكون عند البعض الآخر شديدة الملاحظة.

ولعسر الحركة المتأخر أن يظهر في كل سن إلا أنه في السنوات المتقدمة من العمر يكون الخطر أكبر. كما أن الأعراض تكون لدى كبار السن أكثر وضوحاً وينخفض احتمال الشفاء التلقائي. ويبدو أن النساء والمرضى الذين يتناولون جرعات علاجية عالية من المَعَقَلات معرضون لخطر خاص. ولا يوجد علاج معروف لعسر الحركة المتأخر على الرغم من أنه يتم اختبار الليثيوم كعلاج وقائي ممكن. ويتم ربط عسر الحركة المتأخر مع جميع أنواع المَعَقَلات المعروفة اليوم فيما عدا الكلوزابين، بغض النظر عن تركيبها الكيماوي وفعاليتها العلاجية. وعند ظهور أعراض عسر الحركة يقوم الطبيب بإيقاف العلاج بالمَعَقَلات، إذا ما كان الدواء بالنسبة للمريض غير مجد. وكإجراء وقائي ينبغي التعامل مع استخدام المَعَقَلات بشكل محافظ جداً، أي استخدامها في أقل جرعة فاعلة ممكنة ولفترة زمنية قصيرة قدر الإمكان. ومن أجل تخفيض الخطر لدى الأشخاص الذين يعانون من فصام مزمن الذين تتعلق قدرتهم على إدارة حياة مستقلة بتناول المَعَقَلات ينصح بعض الخبراء من أجل الآثار الكيماوية للمَعَقَلات بتخفيض الجرعات والتوقف العابر عن تناول الدواء، أي فترات يتوقف فيها المريض عن تناول الدواء، واستراتيجيات أخرى.

2.2.7- متلازمة مضادات الذهان الخبيثة

تعد متلازمة مضادات الذهان الخبيثة Malign Neuroleptical Syndrome التي يرمز لها اختصاراً MNS متلازمة نادرة جداً إلا أنها تعد تأثيراً جانبياً خطيراً تسبب جموداً عضلياً شديداً للجسد ككل وغالباً ما تسبب أضراراً شديدة في الكليتين ويمكن أن تقود إلى الموت. فإذا ظهرت مثل هذه الأعراض ينبغي التوقف عن تناول أي نوع من أنواع المَعَقَلات واعتبار الحالة إسعافية. تعالج متلازمة المَعَقَلات الخبيثة بالـ Dantrol .

3.2.7- المخاطر الأخرى والتفاعلات

يسبب الكلوزابين الذي يستخدم لأكثر من أسابيع أربعة لدى نسبة قليلة جداً من الأشخاص تراجع عكوس، أي يمكن تعويضه أو إصلاحه، لمجموعة من كريات الدم الحمراء المسماة بالخلايا الحبيبية Granulocytes. ويسبب هذا الخطر ينبغي ألا

يتم وصف هذا الدواء إلا للمرضى الذين يتم إلزامهم بإجراء فحص أسبوعي للدم. كما قد يرتبط الكلوزابين إلى حد ما بخطر حدوث نوبات صرع.

وكل أنواع المَعَقَلات عدا الكلوزابين تقريباً تسبب ارتفاعاً مستمراً في هرمون البرولاكتين الأمر الذي يقود لدى بعض الأشخاص إلى التأثيرات الجانبية الغددية عصبية. ومن الأعراض يمكن تعداد حامض اللبن "اللكتات Lactation"، أي إنتاج الحليب دون وجود حمل، والإحساس بالضغط في الثديين وانتفاخهما وضعف الاهتمامات الجنسية وعدم انتظام في الدورة الشهرية أو توقفها واحتمال زيادة الوزن. ومن حسن الحظ يمكن علاج التأثيرات الجانبية الغددية العصبية من خلال الأمانتادين Amantadin والبروموكريبتين Bromocriptin.

وتشير بعض نتائج الأبحاث إلى إمكانية ارتفاع طفيف في الولادات المشوهة، إذا تم استخدام المَعَقَلات في الأشهر الأولى من الحمل. ومن هنا ينبغي خفض الجرعة في الأشهر الأولى من الحمل إذا كان ذلك ممكناً من الناحية العيادية، أو التوقف عن تناول الدواء كلية. كما ينبغي عدم وصف الدواء إذا كانت الأم ترضع طفلها من ثديها ولم تقطعه بعد، لتسرب المَعَقَلات مع الحليب إلى الطفل، مما يعرض الطفل لتأثيرات جانبية غير مرغوبة. إلا أنه لا ينصح بالتوقف عن تناول الدواء إذا كان انتكاس الأعراض سيعرض حياة الجنين أو الرضيع إلى الخطر. فإذا كان على الأم تناول المَعَقَلات فعليها فطام الطفل.

وتتفاعل المَعَقَلات مع عدد كبير من الأدوية والعقاقير من بينها الكحول ومضادات الهيستامين والمسكنات والمهدئات والمنومات وأدوية التخدير الطبي Narcotica. ويمكن للتوليف بين هذه الأدوية والمَعَقَلات أن يرفع بصورة كبيرة تأثير هذه الأدوية والمَعَقَلات معاً. من ناحية أخرى تحاصر المَعَقَلات تأثير الأدوية المختلفة المضادة لضغط الدم وتسبب في الوقت نفسه من جهتها انخفاض ضغط الدم. لهذا ينصح بالفحص الدوري لضغط الدم.

يندر أن يتم تناول جرعات مفرطة من المَعَقَلات وهي ليست قاتلة. أما علامات فرط الجرعة فتتمثل في ازدياد حدة الأعراض الجانبية المذكورة أعلاه وأعراض اكتئابية.

4.2.7- التأثيرات الجانبية العابرة

من التأثيرات الجانبية العابرة التي تتراجع على الأغلب عبر الزمن يمكن تعداد النعاس والدوار والتعرق. وعلى الأشخاص الذين تظهر عليهم مثل هذه الأعراض ألا يقوموا بأعمال تتطلب منهم ردود أفعال سريعة أو تنسيقات حركية جيدة، وعليهم تجنب التحريك المفاجئ للجسد. ومن الأعراض الجانبية الأخرى جفاف الفم وانسداد الأنف والغثيان واحتباس البول والإمساك constipation وعدم انتظام الدورة الشهرية واضطرابات الوظائف الجنسية ضبابية الرؤية. ويمكن لمضادات الذهان أن ترفع من الحساسية تجاه ضوء الشمس ومن ثم ترفع من احتمال الإصابة بضربة شمس؛ لهذا يجب تجنب التعرض الطويل لضوء الشمس واستخدام البلسم الشمسي وارتداء ملابس تقي من التعرض المباشر للشمس.

5.2.7- أكثر مضادات الذهان المعروفة وصفاً

يتضمن الجدول التالي عرضاً لأكثر أنواع مضادات الذهان وصفاً مع ذكر مثال حول الاسم التجاري الشائع.

أكثر مضادات الذهان (المعقلات) وصفاً من قبل الأطباء النفسيين

التركيب الكيميائي	الاسم التجاري (مثال)	التركيب الكيميائي	الاسم التجاري (مثال)
الكلوزابين	ليبونيكس Leponex	ثيوريدازين Thioridazin	ميليريل Melleril
الفلوفينازين Fluphenazin	دابتوم Daptum	بروميثازين Promethazin	أتوزيل Atosil
هالوبيريديول Haloperidol	هالدول Haldol	بيرازين Perazin	تاكسيلان Taxilan
فلوبينتيكسول Flupentixol	فلوانكسول Fluanxol	زوتيبيين Zotepin	نيبوليب Nepolept
بيموزيد Pimozid	أوران ب Oran P	فلوسبيرلين Fluspirlin	إيماب Imap

8- الليثيوم Lithium

الليثيوم عبارة عن ملح موجود في الطبيعة وهو وسيلة الاختيار في الطور الهوسي من الاضطراب الدوري أو الاضطراب الهوسي الاكتابي. وعيد الليثيوم نمط النوم إلى طبيعته ويتغلب على الأعراض المميزة للاضطراب كسيولة الكلام والإلحاح على الحركة والغبطة أو الشعور بالخفة والحيوية (اليوفوريا) والأفكار العظيمة ونقص القدرة على الحكم والعدوانية والعداوة. ومن بين كل عشرة أشخاص هوسيين يستجيب سبعة أو ثمانية أشخاص بشكل جيد للدواء.

كما يتم وصف الليثيوم كدواء مديد (يستخدم لفترة زمنية طويلة) من أجل منع حدوث طور اكتابي أو هوسي حاد أو من أجل تخفيف حدة الاضطراب. وعند وجود مراقبة طبية لاستخدام الليثيوم فإن الليثيوم دواء مديد غير خطير.

ويمكن لدى بعض الأشخاص وصف الليثيوم لعلاج الأطوار الاكتابية الحادة من المرض الدوري وبشكل خاص عندما تفشل العلاجات الأخرى. وفي بعض الأحيان يوصف الليثيوم لتقوية تأثير مضادات الاكتئاب التقليدية عند علاج الاكتئاب الأساسي.

وتجري أبحاث حالية تختبر فاعلية الليثيوم في علاج الصداع العنقودي Cluster Head Pain (متلازمة هورتون Horton-Syndrome) والعدوانية الدورية وفي إعاقة عسر الحركة المتأخر وفي رفع عدد الكريات البيض المنخفض لدى المرضى الذين يتناولون الأدوية المضادة للسرطان. كما يمكن أن يكون لليثيوم تأثيراً على وظائف المناعة أكثر من تأثير مضادات الاكتئاب لهذا يمكن أن يلعب دوراً في معالجة الاكتابات لدى مرضى نقص المناعة المكتسب (الإيدز).

1.8- التأثير

يغير الليثيوم من نظام الصوديوم في الأعصاب والعضلات ويؤثر على استقلاب مواد كيميائية معينة في الجسد. وما زال من غير المعروف الطريقة التي يؤثر فيها الليثيوم على الطور الهوسي من الاضطراب الدوري. إلا أن التأثير يظهر خلال فترة

تتراوح بين الأيام الأربع إلى السبع. بالمقابل عندما يتم تناول الليثيوم من قبل الأشخاص الأصحاء فإننا لا نلاحظ أي تعديل في المزاج على الإطلاق.

تم اكتشاف الليثيوم في علاج الهوس الحاد للمرة الأولى بالصدفة من قبل الطبيب النفسي الأسترالي جون كاد John Cade في أواسط القرن الماضي في عام 1949. وسرى استخدامه في العلاج في كل من أستراليا وأوروبا بسرعة. أما في الولايات المتحدة الأمريكية فلم يتم السماح باستخدامه إلا في عام 1970، أي بعد حوالي عشرين سنة من اكتشافه، وتم السماح باستخدامه كعلاج مديد في عام 1974. ومنذ نهايات القرن العشرين يشهد الليثيوم في الولايات المتحدة الأمريكية استخداماً متزايداً.

ويرجع سبب التأخر في استخدام الليثيوم في الولايات المتحدة الأمريكية في سمعة الليثيوم السيئة المهددة للحياة التي ألحقت بالليثيوم خطأً. وقد تولد هذا الانطباع الخاطئ حول الليثيوم نتيجة بدايات استخدام الليثيوم بديلاً عن ملح الطعام لمرضى القلب، الأمر الذي قاد إلى وفاة عدد كبير من المرضى. وقد اكتشف لاحقاً أن هذا الدواء خطير عند استخدامه مع الأشخاص الذين يعانون من انخفاض مستوى الصوديوم.

2.8- المخاطر والتفاعلات

يقع مستوى الجرعة الفاعلة من الناحية العلاجية لليثيوم عند الحدود الحرجة التي يقود تخطيها إلى ردود أفعال التأثيرات الجانبية التي يمكن أن تكون بعضها مهددة للحياة. ويمكن للزيادة الطفيفة في جرعة الليثيوم أن تسبب الضعف العام واضطرابات الرؤية والنعاس والإسهال والإقياء وارتجاف العضلات، في حين تقود الجرعة الزائدة الحقيقية إلى نوبات صرع والسبات Coma. وقبل أن يصف المرء الليثيوم عليه إجراء فحص عام للجسد ككل، ومستوى الصوديوم في الدم ووظائف الغدة الدرقية ووظائف القلب والكليتين بشكل خاص. ومن أجل الحفاظ على المستوى المناسب من الليثيوم في الدم بشكل مديد ينبغي الاستمرار بإجراء التحاليل أثناء وقت الاستخدام الكلي للدواء، حتى وإن لم تظهر أية أعراض جانبية.

وبما أنه توجد دلائل على أن الليثيوم يمكن أن يسبب أضرار على الجنين وبشكل خاص تشوهات القلب فينبغي تجنب وصف الليثيوم في الأشهر الأولى من الحمل. كما أن طرح الليثيوم مع حليب الأم فعلى الأم المرضع استشارة الطبيب الذي يقرر الأمر المناسب، سواء أكان بالفطام أم بالتوقف عن تناول الدواء.

ولا توجد دلائل مؤكدة على أن الليثيوم يمكن أن يسبب أضرار في الكليتين على المدى البعيد، طالما تمت المحافظة على مستوى الجرعة المناسبة من الدواء. إلا أن الجرعة الزائدة من الليثيوم يمكن أن تسبب أذية غير عكوسة في الكليتين. لهذا يتم إعطاء أدنى حد من الجرعات للمرضى الذين ينبغي علاجهم بالليثيوم بصورة مديدة.

ويتفاعل الليثيوم مع أدوية عديدة ومختلفة. ويمكن لهذا التفاعل أن يقوي أو يخفف من تأثير الأدوية الأخرى، لهذا من المهم جداً عدم تناول أي دواء إلى جانب الليثيوم دون استشارة الطبيب وموافقته. وبما أن محتوى الملح والسوائل في الطعام يؤثر على مستوى الليثيوم على المرضى الذين يتناولون الليثيوم أن يحافظوا على مستوى ثابت إلى حد ما من تناول الملح وتناول الكثير من السوائل.

3.8- التأثيرات الجانبية

من التأثيرات الجانبية الأكثر ملاحظة التي يمكن أن تظهر مباشرة بعد البدء بالعلاج بالليثيوم يمكن تعداد مشاعر التعب الطفيف والدوار أو النعاس واللغة المطاطة وضعف العضلات والغثيان وتشنجات البطن وازدياد الوزن وتورم مفاصل اليدين والقدمين والعجز الجنسي واضطرابات القدرة الجنسية وتهيج الجلد.

وبما أن الليثيوم يمكن أن يسبب أحياناً ضعف التنسيق والقدرة على ردود الأفعال ينبغي تجنب النشاطات التي تتطلب التنسيق كقيادة السيارة أو التعامل مع الآلات إلى أن تختفي هذه الأعراض.

وفي حال ظهور الأعراض الجانبية فإن بعض هذه الأعراض الجانبية الطفيفة يمكن أن تستمر طوال فترة العلاج، ومن بينها العطش الشديد وارتجاف اليدين والطرح المتكرر للبول.

ويشكو المرضى الذين يتناولون الليثيوم كعلاج مديد في الاضطرابات ثنائية القطب أو الدورية من ضعف الإبداعية في بعض الأحيان. ويمكن أن يرجع سبب هذا الانطباع إلى التوازن في تأرجحات المزاج أكثر من التراجع الحقيقي للإبداعية. ولا بد من إبلاغ الطبيب حول كل أثر جانبي ملحوظ مهما كان طفيفاً.

9- مضادات التشنج

يبدو أن عدد من الأدوية الملائمة للسيطرة على نوبات التشنج الصرعية تفيد في علاج العدوانية وأعمال العنف والاندفاعية والسلوك العدائي، التي لا تستجيب للأشكال الأخرى من العلاج. وفي دراسات ظهر أن هذه الأدوية فاعلة كذلك لدى المرضى الذين لا يستفيدون من علاج الليثيوم ضد الاضطراب ثنائي القطب، وبشكل خاص يتميز هذا الاضطراب بتأرجح شديد في المزاج.

1.9- التأثير

يعد الكاربامازيبين Carbamazepin من أكثر مضادات التشنج المستخدمة في علاج الاضطرابات ثنائية القطب أما كيفية تأثيره فما زالت غير معروفة على وجه التحديد.

2.9- المخاطر والتأثيرات الجانبية والتفاعلات

في الحالات النادرة يسبب الكاربامازيبين ضمور لب العظم وانخفاض إنتاج كريات الدم الأمر الذي يتطلب الفحص الدوري للدم في أثناء العلاج. ومن المخاطر الآخر التعب والدوار واضطرابات المشي.

10- المنبهات النفسية

ليس من المألوف استخدام المنبهات النفسية Psychotropic Stimulants في علاج الاضطرابات النفسية بشكل عام، إلا أنه في اضطراب فرط النشاط نقص القدرة على التركيز تشكل المنبهات النفسية طريقة علاج فاعلة.

ويعد الديكستروأمفيتامين والميثيلفينيدات Dextroamphetamine & Methylphenidate من أكثر الأدوية استخداماً في هذا المجال. وعلى الرغم من أن هذه الأدوية تسبب لدى غالبية الناس النشاط إلا أنها تقود لدى الأطفال الذين يعانون من اضطرابات فرط النشاط وضعف التركيز إلى المشاركة في الدرس بشكل طبيعي وارتفاع القدرة على التركيز لفترة طويلة.

بالإضافة إلى ذلك يتم في بعض الأحيان استخدام أمفيتامينات وميثيلفينيدات مختلفة في حالات الخُدار narcolepsy، وهي حالة مرضية تتميز بنوبات نوم عميق قصيرة وكعلاج إضافي لفترة قصيرة في الاكتئاب التي لا تستجيب بشكل مناسب للعلاجات التقليدية.

1.10- التأثير

تزيد الأدوية المنشطة والموقظة طرح مجموعة محددة من النواقل العصبية وتزيد من نشاطها. وهذه النواقل العصبية هي الكاتيكولامينات Katecholamine، ومن بينها النوريبينيفرين Norepinephrine. إلا أن هذه الأدوية تسبب الإدمان. لهذا يجب تناولها لفترة قصيرة فقط تحت إشراف الطبيب وتخفيض الجرعة بالتدريج عند سحبها. أما أعراض السحب فيمكن أن تشمل على أطوار ذهانية و"انهيار" اكتئابي مع نوبات بكاء (نحيب) ومشاعر فقدان القيمة.

2.10- المخاطر والتأثيرات الجانبية والتفاعلات

لا يجوز استخدام الميثيلفينيدات Methylphenidate لدى الأشخاص الذين يعانون من الزَّرَق glaucoma (الماء الزرقاء في العين) أو أعراض ذهانية أو اضطرابات سرعية أو ارتفاع في ضغط الدم. ومن بين التأثيرات الجانبية الصداع واضطرابات الرؤية والعصبية والأرق والطفح الجلدي والغثيان واضطرابات الطعام والنعاس وتغير إيقاع القلب. ويمكن للاستخدام المديد للدواء أن يغير من نمو الطفل.

أما الأمفيتامينات فهي غير ملائمة للأشخاص الذين يعانون من ارتفاع في ضغط الدم أو الزرق أو أعراض الذهان أو عند وجود تاريخ مسبق من التعلق بالعقاقير.

ويمكن للأعراض الجانبية أن تشمل على الغبطة وعسر المزاج وارتفاع ضغط الدم وعدم الاستقرار العصبي والدوار والأرق والصداع جفاف الفم وعسر الهضم واضطرابات الشهية وفقدان الوزن.

وتتفاعل المنبهات مع الكحول ومع كثير من الأدوية. لهذا لا يجوز تناول أي دواء آخر قبل استشارة الطبيب المعالج عند وجود علاج بالمنبهات.

11- العلاجات الجسدية غير الطبية

يعد الاستخدام الموسع للأدوية النفسية اليوم لمعالجة الأمراض النفسية بالتوليف مع العلاج النفسي من أكبر التطورات التي حصلت في الطب النفسي منذ سيجموند فرويد حتى الآن. ومع ذلك فهناك طرق في غير دوائية في العلاج يتم اليوم اختبارها واستخدامها على نطاق واسع وبشكل خاص العلاج بالتشنج الكهربائي والعلاج بالضوء والإرجاع الحيوي، التي سنعرض لها باختصار فيما يلي:

1.11- العلاج بالتشنج الكهربائي

بالنسبة لكثير من الأطباء النفسيين يمثل العلاج بالتشنج الكهربائي -Electro-convulsion-therapy والذي يرمز له اختصاراً ECT الطريقة المثلى في علاج مرضى الاكتئاب الشديدة والذهانات والمعرضون لخطر الانتحار بسبب سرعة تأثيره وعدم خطورته إلى حد ما. فلدى المرضى غير الانتحاريين الذين يعانون من الاكتئاب الأساسي أو الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب ينصح الأطباء النفسيون بالعلاج بالتشنج الكهربائي إذا فشلت مضادات الاكتئاب أو كانت آثارها الجانبية غير محمولة أو إذا كان المرضى قد تناولوا في السابق الكثير من الأدوية النفسية إلى درجة تصبح فيها مضادات الاكتئاب خطيرة عليهم، وهو أمر تكثر ملاحظته لدى الأشخاص البار في السن. كما أنه قد تم استخدام العلاج بالتشنج الكهربائي بنجاح في علاج الحالات المعقدة من الفصامات وتتم حالياً دراسة فاعليته في حالات الخبل.

1.1.11- تأثير العلاج الكهربائي بالتشنج

يتم تعريض الدماغ لدفقات مضبوطة بدقة كبيرة من تيار متبادل، الذي يسبب بدوره حالة من التشنج. إلا أنه من غير المعروف لماذا يكون ذلك فاعلاً في الاكتئاب، إلا أن بعض الباحثين يعتقد أن التشنج الكهربائي يغير من وظائف الحمض الأميني الأحادي وهو أمر يشبه تأثير مضادات الاكتئاب.

أما العلاج بالتشنج الذي يتم فيه استخدام أدوية من أجل إحداث النوبة التشنجية بدلاً من دفقات الكهرباء، فقد استخدمه لأول مرة الطبيب العصبي النفسي الهنغاري لاديسلاس ميدونا Ladislas Meduna في عام 1939، حيث انطلق من فرضية مفادها: إن نوبات التشنج التي تشبه التشنجات التي تحصل في الصرع يمكن أن تخفف من الاضطرابات النفسية. وقد قامت نظريته على الفرضية الخطأ التي كانت واسعة الانتشار في ذلك الوقت والقائلة: إن نوبات الصرع تمنع ظهور أعراض الفصام. وفي عام 1937 بدأ طبيبان نفسيان إيطاليان بإثارة نوبات التشنج عن طريق الصدمة الكهربائية، ومنذ عام 1939 أصبح العلاج بالتشنج الكهربائي والمعروف عند العامة تحت تسمية العلاج بالصدمة الكهربائية منتشر في الولايات المتحدة الأمريكية.

وفي السنوات الأولى للعلاج بالتشنج الكهربائي لم تكن التقنية محسنة بعد. وكان العلاج مترافقاً بكثير من المضاعفات الطبية على نحو تحطم العظام الذي كان يتسبب نتيجة نوبات التشنج الشديدة والرعب الشديد والمشكلات القلبية وفقدان الذاكرة. بالإضافة إلى أنه كان يساء استخدام العلاج بالتشنج الكهربائي بصورة مقبولة. وسرعان ما وجدت الوجوه المسببة للرعب للعلاج بالتشنج الكهربائي طريقها إلى الأدب والأفلام السينمائية، الأمر الذي زاد من سمعة هذا الشكل من العلاج سوءاً.

أما الشكل الذي يستخدم فيه العلاج بالتشنج الكهربائي اليوم فهو شكل آمن ولا يوجد فيه أية مخاطر وفاعل عند وجود المراقبة المناسبة. ومع ذلك فما زال كثير من الأشخاص يمتنعون عن استخدام هذا الشكل من العلاج عندما يتم نصيحهم به نتيجة سمعته السيئة التي حصل عليها في الماضي.

يحدث العلاج في غرفة خاصة مجهزة من أجل ذلك، حيث يتم في البداية تخدير المريض تخديراً كاملاً في البداية. بعد ذلك يتم حقن المريض بدواء مسبب لارتخاء العضلات. ويحصل المريض على الأوكسجين. بعد ذلك يتم دفع الكهرباء عبر الأقطاب الموصولة بالمريض. ولا يشعر المريض بالكهرباء على الإطلاق وردة الفعل الوحيدة الملحوظة في العادة هي صك الأسنان أو التحريك الخفيف للأصابع. ويتراوح الوقت الكلي للجلسة بدءاً من التحضير حتى الاستيقاظ من التخدير بين 20 و 40 دقيقة.

وما زال البحث جارياً حول المكان الأنسب الذي يتم فيه وصل الأقطاب. ففي العلاج بالتشنج الكهربائي أحادي الجانب unilateral يتم وضع الأقطاب بمسافة تتراوح بين 3 و 7 سم في الجانب نفسه من الرأس. ويتم اختيار الجانب من الجسد الذي توجد فيه اليد المسيطرة. أي لدى الأشخاص الذين يستخدمون اليد اليمنى يتم اختيار الجانب الأيمن من الرأس ولدى الأشخاص الذين يستخدمون اليد اليسرى يتم اختيار الجانب الأيسر من الرأس. ويرى مؤيدو هذه الإستراتيجية أنه من خلال ذلك يتم التقليل من حدوث فقدان للذاكرة والتشتت. أما في العلاج ثنائي الجانب فيتم وضع الأقطاب مقابلة لبعضها على الصدغين. ويرى مؤيدو هذه الطريقة التقليدية بأنها أكثر فاعلية. ويرون أن الذاكرة تعود إلى المستوى نفسه الذي تكون عليه في العلاج أحادي الجانب بعد حوالي الأسبوعين.

ويتألف العلاج بالتشنج الكهربائي من سلسلة من الجلسات التي تتكرر في العادة بين مرتين أو ثلاثة في الأسبوع وفي الاكتئاب بين 6 إلى 12 جلسة وفي الفصام بين 25 إلى 30. إلا أن عدد الجلسات يتوقف في النهاية على الاستجابة للعلاج.

2.1.11- المخاطر

يعد فقدان العابر للذاكرة من أكثر المخاطر المرتبطة بالعلاج بالتشنج الكهربائي، إلا أنه ليس القاعدة. فعندما يستيقظ المريض بعد الاستخدام يبدو لساعة تقريباً مشتتاً ودائخاً. ويمكن أن يحدث ألا يتذكر المريض العلاج والأحداث السابقة لها مباشرة أو حتى الأحداث التي حصلت قبل يوم من العلاج. وتعود غالبية الذكريات ثانياً بعد أسابيع عدة. وفي بعض الأحيان يعاني المريض من صعوبة في استقبال المعلومات الجديدة لفترة عابرة.

كما هناك خطر على القلب، سواء نتيجة التشنج الحاصل أم نتيجة للأدوية التي تعطى للمريض أثناء العلاج، كالتخدير والأدوية المسببة لاسترخاء العضلات.

ومن التأثيرات الجانبية يمكن تعداد الصداع والحرق الطفيف للجلد مكان تموضع الأقطاب والألم الطفيف في العضلات. والغثيان. وقد تظهر لدى عدد قليل من الأشخاص صعوبات طفيفة في الكلام، وتغير الاستخدامات اللغوية وصعوبات في التنسيق، إلا أن هذه التأثيرات غالباً ما تتحسن بالتدريج بعد آخر جلسة وتختفي كلية تقريباً بعد أشهر ستة.

2.11- العلاج بالضوء

يتم استخدام العلاج بالضوء في علاج الاكتئاب التي يكون مجراها مرتبطاً بالمواسم، والذي هو عبارة عن اضطراب بدأ في السنوات الأخيرة يحتل مساحة واسعة من اهتمام الباحثين والعياديين.

1.2.11- التأثير

يجلس المريض بقرب مصباح خاص يكون أكثر سطوعاً من الإضاءة الطبيعية الداخلية للغرفة. ويبدو أن أفضل التأثير للضوء القوي يكون إما في ساعات الفجر الأولى عندما يزال الظلام مخيماً في الخارج أو مساءً. وهذا يجعلنا نخمن أن العلاج بالضوء يضلّل الساعة البيولوجية للمريض ويوحي لها بوجود يوم طويل. ويستطيع التعرض لفترة نصف ساعة يومياً من خلال إنارة بالمصابيح الحديثة التي تبلغ قوتها 10000 لوكس⁽¹⁾ يحقق النتائج نفسها التي يحققها التعرض لساعتين بمصباح تبلغ شدته 2500 أو 3000 لوكس. ويشبه الإجراء التعرض لإشعاع السولار⁽²⁾ أو للحمام الشمسي، مع فارق أن العلاج بالضوء لا يسبب ضربة الشمس.

(1) lux . اللُكْس: وحدة إضاءة تعادل لومناً lumen واحد في المتر المربع واللومن عبارة عن وحدة لقياس

تدفق الضوء من مصباح إلخ. أو لتدفق الضوء على سطح .

(2) solarium حجرة إلخ. معرّضة لأشعة الشمس (في فندق بحري أو مستشفى).

ويشعر المرضى الذين يعالجون بالضوء بتحسّن اكتئابهم بعد يومين أو ثلاثة أيام من العلاج.

2.2.11- المخاطر

لا يوجد أي خطر على الإطلاق من العلاج بالضوء. إلا أن زيادة التعرض للإضاءة الشديدة يمكن أن تسبب الحروق ويمكن للعيون أن تتأذى، إذا لم تكن مغطاة أثناء الجلسة. وفي حين أن التعرض لسنوات عديدة لضوء الشمس بشكل مفرط يرفع من خطر تشكل التجاعيد ويسبب أشكالاً معينة من سرطانات الجلد، فإن الدراسات التي أجريت على العلاج بالضوء لم تبرهن حتى الآن وجود أي خطر.

3.11- الإرجاع الحيوي

الإرجاع الحيوي Biofeedback عبارة عن طريقة يهدف من خلالها تحقيق التحكم بردود الأفعال الجسدية اللاإرادية من خلال ردود الأفعال الإرادية. وإلى جانب استخدام الإرجاع الحيوي في معالجة الاضطرابات الجسدية المختلفة يتم استخدام الإرجاع الحيوي في العلاج النفسي وبشكل خاص في معالجة المخاوف واضطرابات الإرهاق والمشكلات تتفاقم من خلال القلق والإرهاقات النفسية الاجتماعية كصعوبات النوم. ويفيد الإرجاع الحيوي بشكل خاص لدى الأشخاص الذين يعانون من صداع توتري مزمن من خلال جعلهم يتحكمون باسترخاء العضلات التي تسبب الصداع.

1.3.11- التأثير

ترجع جذور الإرجاع الحيوي إلى نظرية التعلم وعلم النفس وعلم النفس الفيزيولوجي والتأمل والسبرانية أو علم الضبط Cybernetic، وهو علم يبحث تأثير منظومات من مختلف الأنواع على آليات انتظامها وتوجيهها. ومنذ غابر العصور كان باستطاعة معلمو اليوغا قادرون على السيطرة على الأعضاء التي كانت تعتبر خارج نطاق السيطرة كنقبض القلب وضغط الدم. ومثل هذه الكفاءات لا يمكن اكتسابها إلا من خلال التدريب والدراسة المديدين والمكثفين وتمارين التركيز

الملائمة. وهؤلاء الأشخاص قادرون أيضاً على جعل أنفسهم في حالة من الاسترخاء التام. ويستطيع اليوم عدد كبير من الأشخاص تعلم المهارات نفسها من خلال الإرجاع الحيوي.

ومن أجل تعلم تقنيات الإرجاع الحيوي يتم ربط المعني بأجهزة مختلفة تظهر له نبضات قلبه وضغط دمه وحرارة جلده واسترخاء العضلي أو موجاته الدماغية على شاشة. ويتم إرشاده من خلال تقنيات نفسية وذهنية مختلفة بحيث يستطيع الإبطاء من نبض القلب أو خفض ضغط دمه أو رفع درجة حرارة جلده وأن يسترخي عضلياً بل حتى تغيير بعض موجاته الدماغية. وتبث أجهزة الإرجاع الحيوي إشارات بصرية وسمعية حسب تغير الحالة الجسدية تساعد المعني التعرف متى يحدث تغير ما. ومن هنا أتى اسم هذه الطريقة. ويستطيع المرء خلال ساعات عدة من التمرين تعلم التحكم ببعض العمليات الفيزيولوجية بطريقة واعية. وبمجرد أن يصبح التحكم آلياً لا يعود المرء بحاجة للأجهزة من أجل الوصول إلى حالة الاسترخاء عندما يعاني من حالة من القلق أو يكون عصبياً مثلاً. وبعد معالجة ناجحة يستطيع الإنسان الاسترخاء في أي وقت.

2.3.11- المخاطر

لا يوجد أي خطر من الإرجاع الحيوي. ولا يوجد معايير تقويم محددة لتأهيل المعالج في هذا المجال إلا أن المتخصصون في علم النفس، وبشكل خاص المعالجون النفسيون أفضل من غيرهم تأهيلاً في هذا المجال.

4.11- تغيير الطعام

يعتقد بعض الباحثين أن تغيير التغذية أو إكمالها يمكن أن يكون علاجاً جسدياً مفيداً في الطب النفسي. ويفترض هؤلاء أن التغذية تؤثر بطريقة على وظائف الدماغ، في حين يمكن أن يحد الغذاء أو الطعام من التأثيرات الجانبية غير المرغوبة للأدوية النفسية ويجعلها في حدها الأدنى. وعليه فقد اقترح بعض الباحثين العلاج المسمى بالميجا فيتامين Megavitamin-therapy (العلاج بزيادة الفيتامين) والمعروف كذلك تحت تسمية العلاج بالتقويم الجزيئي ortho- molecular لعلاج الفصامات الحادة.

وعلى الرغم من أن تغيير الغذاء أو إكماله قد يساعد بعض الأشخاص الذين يعانون من أعراض ذهانية، إلا أنه ينبغي على الأبحاث والدراسات في هذا المجال أن تبهرن أن العلاج بالغذاء يمثل وحده طريقة فاعلة ومناسبة في علاج الاضطرابات النفسية الشديدة. وطالما لم يتم التوصل إلى ذلك بعد فإن فاعليتها كبديل عن العلاج الطبي النفسي أو العلاج النفسي المتوفر في الوقت الراهن تظل مشكوكاً بها.

صفحة زوجية فارغة

يوضع بدلا عنها صفحة بيضاء عند الطباعة النهائية.

الفصل الخامس عشر

فاعلية العلاج الدوائي والعلاج النفسي للأمراض والاضطرابات النفسية

1- مدخل

لعل مسألة مدى فاعلية شكل معين من العلاج وفيما إذا كان نوع معين من العلاج مفيد بالفعل أم لا ، بل حتى ضاراً من أهم المسائل في الميادين الطبية والعلاجية النفسية.

والإجابة عن مسألة فاعلية العلاج النفسي ليست سهلة. ولعل السبب في أحد وجوهه يرجع إلى أنه قد ثبت أن تقويم العلاجات النفسية مسألة صعبة جداً. ومن هنا فمن الصعب الإجابة عن السؤال عما إذا كان العلاج النفسي مفيداً أم لا ، كون كثير من أشكال العلاج النفسي تهدف إلى تعديل سمات الشخصية التي يصعب تحديدها أو قياسها بدقة وكون التحسن الحاصل أقرب لأن يكون تحسناً ذاتياً أكثر من كونه موضوعياً كما هو الأمر في أشكال العلاج الجسدية التي تتمركز حول الأعراض. لقد تعرضنا في أكثر من مكان من هذا الكتاب إلى المبادئ العلاجية النفسية والبيولوجية التي يستخدمها الأطباء النفسيون والمعالجون النفسيون وعلماء النفس على الأغلب في علاج المعاناة النفسية. وسوف نقوم فيه هذا الفصل بمناقشة مسألة فيما إذا كانت المعالجات بأشكالها المختلفة تحقق هذا الهدف وفيما إذا كان شكل معين من العلاج أكثر فاعلية من غيره وما هي العوامل التي تسهم في تحقيق النجاح. وقبل ذلك نود أن نؤكد على أن العلاج في كل الميادين الطبية بما فيها الطب النفسي وميادين العلاج النفسي يمكن أن تكون له آثار جانبية ضارة وأنه لا يوجد علاج يمكن أن يكون فاعلاً مع كل البشر قفي كل الظروف والأحوال. والهدف النهائي يتمثل في إيجاد ذلك الشكل من العلاج أو ذلك الشكل من التوليف

الذي يمكن له باحتمال عال مساعدة شخصاً معيناً مع أقل قدر ممكن من المخاطر والتأثيرات الجانبية. ونصح القارئ المهتم الرجوع كذلك إلى كتاب مستقبل العلاج النفسي منشورات وزارة الثقافة السورية 1999، ترجمة سامر جميل رضوان لاستكمال الصورة المتعلقة بفاعلية العلاج النفسي وكذلك مسألة الفاعلية في العلاج النفسي بالمحادثة في كتاب العلاج النفسي بالمحادثة، التغيير من خلال الفهم، منشورات دار المسيرة، عمان الأردن 2002، المترجم نفسه.

2- معايير تقويم فاعلية العلاج

عندما يراجع إنسان يعاني من أمر ما معالجا نفسياً يرجوه مساعدته في معاناته فمن أين للمعالج النفسي أن يعرف ما الذي يمكن أن يفيد هذا الشخص؟ ومن أين للمريض أن يعرف أن الإجراءات التي ينصحه بها المعالج النفسي ستكون فاعلة معه؟ وللإجابة عن هذه المسائل توجد عشرات الأبحاث التي اهتمت وتهتم بهذه المسألة.

1.2- الأدوية النفسية

يتم اختبار فاعلية الأدوية النفسية من خلال الدراسات التجريبية المضبوطة. وتختلف إجراءات البحث طبقاً لنوع المادة التي يتم اختبارها. ففي الدراسات المضبوطة تتم مقارنة الأشخاص المتطوعون الذين يتم علاجهم والذين لا يتم علاجهم مع بعضهم بعضاً. وفي الأسلوب المعروف تحت تسمية التغطية المضاعفة بالبلاسيبو⁽¹⁾ Duple-Blind

(1) الدواء الكاذب: حبوب من السكر أو النشاء تشبه في شكلها الخارجي الدواء الأصلي الذي يتم اختباره يعطى للأشخاص أو المرضى على أنه دواء حقيقي وفاعل. وتشير الدراسات إلى أنه بعد تناول البلاسيبو يحدث في الواقع تحسن فعلي لدى نسبة لا بأس بها من المرضى على الرغم من أنهم لم يحصلوا على أية مادة فاعلة. ففي دراسات على مضادات الاكتئاب مثلاً ظهر أن حوالي 30-40% من المرضى قد تحسّنوا بعد تناول البلاسيبو. وهذه النتيجة لا تعني أن هؤلاء الأشخاص غير مرضى، وإنما يشير ذلك إلى أن العوامل المسببة للمرض ليست محصورة فقط في العوامل الكيميائية وحدها. فحتى مجرد معرفة المريض أحياناً أن هناك شخص يستطيع مساعدته واللجوء إليه كاف وحده أحياناً للتخفيف من مشاعر الخوف والتشوش وضعف المعنويات.

Placebo تحصل مجموعة من المرضى على الدواء الحقيقي الذي يتم اختبار فاعليته في حين تحصل المجموعة الثانية على الدواء الكاذب الذي لا تأثير له على الجسد. وفي حال كان الباحث يرغب مقارنة الدواء الذي يتم اختباره مع دواء آخر أو مع نوع آخر من أشكال العلاج يمكن استخدام مجموعات أخرى من المتطوعين. ويعني مصطلح التغطية المضاعفة أنه سواء الباحث نفسه أم أي من المجموعتين اللتين يتم اختبارهما لا يعرفون على الإطلاق من هم الأشخاص الذين يتناولون الدواء الحقيقي ومن هم الذين يتناولون الدواء الكاذب. وبعد انتهاء التجربة يتم تقييم النتائج والمراحل وفق معايير إحصائية موضوعية.

ويتم اعتبار الدواء فاعلاً إذا ظهر تحسن دال إحصائياً لدى عدد كبير من الأشخاص بعد تناول الدواء أكثر من التحسن الذي ظهر لديهم بعد تناول البلاسيبو، أو عندما يحقق الدواء الذي تم اختباره نتائج ملائمة تقارب تلك التي حققها "دواء معياري" تأثيراته معروفة مسبقاً من خلال دراسات سابقة.

2.2- أبحاث العلاج النفسي

أظهرت الدراسات المضبوطة أن فوائد الأدوية النفسية في معالجة الأشكال الحديثة من الاضطرابات النفسية أكثر من أضرارها وهو أمر لم يمكن من الصعب برهانه علمياً، بمقدار الصعوبة الكبيرة التي تواجهها أبحاث الفاعلية العلمية في مجال العلاج النفسي. فالعلاج النفسي يحدث وراء الأبواب المغلقة إن صح القول، ويخضع لمبدأ الثقة والسرية. ويصعب قياس أمور مثل مهارة أو براعة المعالج ونوعية العلاقة العلاجية بين المعالج والمتعالج بشكل موضوعي.

ومع ذلك فقد تم في العقود الأخيرة من القرن العشرين إيجاد حلول في هذا الميدان لمسألة الفاعلية. بالإضافة إلى ن الأساليب الإحصائية تتيح استخدام ما يسمى بالتحليل البعدي Meta analysis الذي يمكن من مقارنة نتائج كثير من الدراسات المستقلة حول نجاح العلاج مع بعضها. الأمر الذي يتيح إمكانية جمع عدد كبير من المرضى من عدد كبير من الدراسات في الوقت نفسه. وقد أمكن عن هذا الطريق إثبات فاعلية مميزة لأشكال العلاج النفسي في الأعمال البحثية المتميزة التي قام بها

كلاوس غراوة⁽¹⁾. أما كيف يمكن تقويم معالج ما على أنه جيد أم لا بالنسبة للمتعالج فننصح بالرجوع إلى كتاب: العلاج النفسي متى يكون مفيداً؟ دار المسيرة، عمان الأردن 2002، ترجمة سامر جميل رضوان.

3- فاعلية العلاج النفسي

تشير نتائج عدة دراسات بعدية⁽²⁾ إلى أن غالبية المرضى يستفيدون من العلاج النفسي. فقد أظهرت دراسات غراوة Grawe أن حوالي 50% من المتعالجين تحسّنوا من العلاج النفسي بعد الجلسة الثامنة وأن ثلاثة أرباع المتعالجين كانوا بعد ستة أشهر من المعالجة أكثر استقراراً. والمرضى الذين عولجوا بشكل ما من الأشكال العلاجية كانوا أفضل من 80% من مرضى المجموعات الضابطة التي ظلت دون علاج. وقد أظهرت دراسات بعدية تمت فيها دراسة المرضى بعد أشهر أو سنوات من انتهاء العلاج أن التحسّنات قد استمرت.

1.3- العوامل المؤثرة في الفاعلية

سعت كثير من الدراسات العلمية لمعرفة العوامل الخاصة التي يمكن أن تسهم في نجاح العلاج.

ويرى جيروم فرانك Jerome Frank على سبيل المثال أن كل المرضى الذين يلجئون للعلاج النفسي يعانون من التشتت وأن كل أشكال العلاج النفسي مهما كانت الفروق بينها تشترك مع بعضها ببعض الخصائص التي تزيل هذا التشتت. وقد استنتج كثير من العلماء أن المتعالجين النفسيين لا يقدمون لمرضاهم تفسيراً لمشاعرهم وسلوكياتهم المضطربة فحسب وإنما يمنحونهم الإحساس بالمشاركة والحميمية والثقة. وحسب نوع العلاج أو اتجاهه يتم وضع برنامج علاجي يتطلب

(1) راجع كتاب مستقبل العلاج النفسي المشار إليه سابقاً.

(2) دراسات بعدية أو بعد تحليلية Metaanalysis عبارة عن دراسات تحليل نتائج دراسات عدة حول الموضوع نفسه.

المشاركة الفاعلة للمريض والمعالج. ومن المهم كذلك أن يشعر كل من المريض والمعالج بالثقة بهذا البرنامج بغض النظر عن الشكل الذي سيأخذه هذا البرنامج لاحقاً. ومن العوامل التي تؤثر في نجاح العلاج كذلك: خبرات النجاح والصفات الشخصية للمعالج والعلاقة العلاجية بين المعالج والمتعالج.

2.3- خبرات النجاح

على الرغم من وجود فروق بين الاتجاهات العلاجية المختلفة إلا أن كل العلاجات الناجحة تحاول أن تجعل المريض يتعرف على الصورة التي يحملها عن نفسه كإنسان مرهق بمشكلاته وأن يتحول إلى إنسان قادر على التعرف على هذه الصعوبات ومواجهتها والسيطرة عليها. فإجراءات مثل الإرجاع الحيوي وتمارين الاسترخاء على سبيل المثال تساعد المرضى على السيطرة المباشرة على ردود أفعال أجسادهم. أما العلاج الاستعرافي فيجعل الشخص قادراً على الإدراك الشعوري لأنماط التفكير المرضي والذات لديه ويساعده على تنمية أساليب واعدة بالنجاح ومنمية للتكيف مع مشكلاته. ويرفع التحليل النفسي من تفهم المتعالج للعمليات اللاشعورية لديه من أجل التمكن من السيطرة عليها. وتطرح المبادئ العلاجية السلوكية مهمات وأهداف محددة بوضوح تتيح للمريض في النهاية التغلب على قلقه أو خوفه. ويضع العلاج النفسي المتمركز حول المتعالج (العلاج النفسي بالمحادثة) المتعالج في جو من الدفء الانفعالي والأصالة والتقبل غير المشروط ليتيح له تقبل ذاته والتفتح ووضع تصور مقبول حول ذاته وإمكاناته وإعادة ترميز انفعالاته ومشاعره بطريقة مفهومة وشعورية. ويتيح العلاج في المجموعة للمشاركين التعرف على التفاعلات الخاطئة أو اللاتكيفية وتجريب أنماط جديدة من التعامل مع الآخرين.

وفي سلسلة مهمة من الدراسات أجريت في جامعة جونز هوبكنز Johns Hopkins University في الولايات المتحدة الأمريكية ظهر أن التحسن الذي حققه المرضى نتيجة العلاج الدوائي لم يستمر في حين أن التحسن الذي حققه المرضى نتيجة جهودهم الخاصة في العلاج النفسي قد استمر. ويمكن تشبيه هذه النتيجة بأن الفرق يكمن بين العلاج غير الناجح والعلاج الناجح بحالة اصطيد السمك لشخص

آخر وتقديمه جاهزاً ليتناوله، أو تعليمه كيفية الاصطياد وتحضير الطعام. فمن يتعلم مهارة السيطرة على مشكلاته في الحياة ومواجهتها تتاح له إمكانية إعادة بناء حياته من جديد. كما استنتجت هذه الدراسات أن المتحسن يكون أفضل عندما يعتبر المريض الذي يعاني من اضطرابات نفسية شديدة الدواء الذي يتناوله مكماً مساعداً للعلاج النفسي. فهذا الأمر يحث المريض على التعديل من خلال تمكينه من مهارة السيطرة على أعراضه.

1.2.3- نوعية المعالج

كما هو الحال لدى كل إنسان للمعالج النفسي صفاته الشخصية الخاصة. ولأسلوب استخدام الطريقة العلاجية من قبل المعالج النفسي وشخصيته تأثير على العلاقة العلاجية بين المعالج والمتعالج وعلى النجاح العلاجي.

فقد أظهرت دراسات كل من أورلنسكي Orlinsky وهاوارد Haward أن انطباعات المريض حول معالجه مهمة بالنسبة للتنبؤ بنجاح العلاج. وبغض النظر عن الاتجاه العلاجي للمعالج كان المرضى المدروسين متفقين حول أهمية سمات معينة في المعالج. فقد فضل المرضى المدروسين على سبيل المثال معالجاً نفسياً "إنسانياً" متفهماً، يعبر ببساطة وبشكل مباشرة ولا يرفض تقديم النصيحة. كما وصف المرضى الراضون معالجيهم بأنهم "عطوفون" و"منصتون" و"مهتمون" و"متفهمون" و"محترمون".

وقد اعتبر كل من المتعالجين والمعالجين أن القدرة على التعاطف Empathy سمة نوعية مهمة، بل وحاسمة للمعالج النفسي. والتعاطف هو القدرة على الإحساس بمشاعر وأفكار الآخر في إطار أبعد من مجرد الفهم العقلي أو الذهني. والتفاعل مع الآخر عندما يقول مثلاً "لقد مسني هذا الأمر عميقاً" أو "لقد ضرب ذلك على الوتر الحساس" أو "لقد أصابني ذلك في مقتل" ... الخ. إنه ليس من المفاجئ أن يكون المعالج قادراً على الإحساس بالطريقة التي يعيش فيها المريض خبراته على مستوى المشاعر في علاج نفسي يمس الانفعالات الإنسانية العميقة ويواجهها.

2.2.3- العلاقة العلاجية

أظهرت دراسات أن الشروط من أجل علاقة علاجية ناجحة هي قيام علاقة جيدة بين المريض والمعالج في الجلسات العلاجية الأولى. وكما هو الحال في كل علاقة إنسانية قد تنجح العلاقة بين بعض الناس ولا تنجح بين بعضهم الآخر. والمعالج والمتعالج اللذان "يستطيعان التعامل مع بعضهما" يتشابهان مع بعضهما بعضاً. فقد استنتج باحثوا العلاج النفسي أن التشابه على مستوى الطبقة الاجتماعية والسن والاهتمامات والقيم تسهل حدوث "رابطة علاجية". والمقصود بالرابطة العلاجية المقدار الذي يكون فيه المريض قادراً على العمل بالتعاون مع المعالج على تحقيق الأهداف العلاجية. فإذا كانت العلاقة في البداية ذات إشكالية، فإن هذا لا يعني في مطلق الحال بأن العلاج لا بد وأن يكون قليل الفائدة. فعندما يمكن العلاج المريض من "التعامل" مع الشك أو عدم الثقة الناجمة في البداية تجاه المعالج، فإنه غالباً ما تحدث تغيرات أو تعديلات دائمة؛ وهذا هو الحال بشكل خاص عندما يكون عدم الثقة والشكل البدنيين عند المتعالج ناجمين عن خبراته الطفولية السلبية الباكورة ومشكلاته الانفعالية. مقابل ذلك يرى ألين فرانسيس Alen Frances من جامعة ديوك Duke University أن المريض الذي يشعر بعدم الرضى المستمر عن خبراته مع المعالج في الجلسات الأولى عليه أن يبحث عن معالج آخر على أمل أن يجد شخصاً ملائماً بالنسبة له. ففي الجلسة الأولى ربما ينظر المريض للمعالج على أنه خبير مهمته "شفاء" المريض؛ إلا أنه في مجرى العلاج يتم التعرف على النجاح من خلال أن كلتا الجهتين تشعران بأنهما تعملان على هدف مشترك.

3.3- المبادئ العلاجية المتخصصة

على الرغم من نتيجة العوامل العامة المؤثرة على نحو توقع المريض التحسن والتفاعل الإيجابي بين المعالج والمتعالج فإن البحث أظهر أنه لا بد من وجود تقنيات متخصصة جداً بالنسبة لكثير من أشكال الاضطرابات والمشكلات النفسية. فمن الطبيعي أن يكون التقويم والتشخيص الدقيقين مهمين بالنسبة لكل أشكال العلاج إلا أنهما أكثر أهمية بالنسبة للأساليب العلاجية المتخصصة.

جدول رقم (1)

العوامل التي من الممكن لها العلاج أن تسهم في نجاح من وجهة نظر المتعالجين

- 1- الخبرات التي يخبرها المتعالج مع علاقة مساعدة.
- 2- قدرة المتعالج على فهمه والتعاطف معه.
- 3- تقدم المتعالج في فهم ذاته أو معرفتها.
- 4- قدرة المتعالج على تحطيم صراعات العلاقة.
- 5- قدرة المتعالج على تمثيل خبرات العلاج.
- 6- التسامح المتزايد للمريض مع أفكاره ومشاعره.
- 7- دافعية المتعالج نحو تغيير نفسه.
- 8- قدرة المتعالج على تقديم تقنية واضحة ومنطقية وواعدة بالنجاح.

فقد ثبت أن التقنيات العلاجية السلوكية فاعلة جداً في جميع أشكال القلق تقريباً، وبشكل خاص في رهابات الأماكن العامة واضطرابات الهلع والقسر والاكْتِئَابَات واضطرابات الطعام. كما أثبتت التقنيات العلاجية المتخصصة التي تتضمن دعم المرضى وإرشاد أسرهم فاعليتها في الفصامات بشكل خاص والتي سنناقشها بتفصيل في موقع آخر في هذا الفصل. وإذا كانت المشكلة الرئيسية للمعني تتمركز في مجال التفاعل بين إنساني وفي تنمية الكفاءات الاجتماعية يمكن للعلاج في المجموعة أن يكون الشكل العلاجي الأمثل. إذ أن خبرات المجموعة تمثل إطاراً حامياً وضابطاً يستطيع المشاركون فيه من تجربة أشكال جديدة من السلوك ضمن علاقات. ويمكن للتقدم المحقق في إطار المجموعة أن يمهد الطريق لعلاقات حميمة مقبولة خارج المجموعة.

4.3- فشل العلاج النفسي

على الرغم من الفوائد التي تحققها الغالبية من المتعالجين في العلاج النفسي إلا

أنه لدى بعض المتعالجين لا يحقق العلاج النفسي أي تحسن وفي حالات قليلة قد يحدث تراجع في الحالة.

في مجرى العلاج النفسي قد يكتشف المرء وجود انتكاسات للأعراض يراجع بسببها المريض المعالج النفسي أو قد تظهر أعراض جديدة. بالإضافة إلى ذلك قد يحدث أن يشعر المتعالج بأن حالته قد ازدادت سوءاً في أثناء تعامله أو تمثله لمشكلاته؛ وفي الحقيقة يمكن للانتكاسات العابرة أن تكون دليلاً على أن المتعالج يتقدم وأنه في النهاية سيتمكن من السيطرة على مشكلاته. إلا أن الاتجاه السلبي المستمر على نحو مشاعر القيمة الذاتية المنخفضة والقلق المتزايد والعدوانية وأنماط السلوك التدميرية أو أفكار الانتحار عند شخص لم يكن يمتلكها من قبل يمكن أن تكون كلها علامات على أن العلاج لم يجد وعلى المريض والمعالج أن يعيدا التفكير بجدة. فضمن هذه الظروف يمكن أن يكون من الأفضل اللجوء إلى معالج آخر أو استشارة معالج آخر.

ويمكن أن يحصل جمود أو ثبات في العلاج وذلك عندما يتعامل المتعالج مع مشكلاته بطريقة عقلية خالصة، ولا يقوم بخطوات عملية للتغيير في حياته، بل وعلى سبيل المفارقة يستغل المعارف النفسية من أجل الهروب من مواجهة صعوباته الفعلية. وبعض المرضى يبدؤون اعتبار العلاج النفسي كهدف بحد ذاته وبينون حياتهم كلها على أساس العلاج. ومن واجب المعالج مساعدة المتعالج على أن يتغلب على هذه المقاومة والحصار. وأحياناً يدور المعالجون النفسيون حول السؤال كيف يعيق المتعالجون علاجهم أو لماذا لا يحققون التقدم المرجو. وعليه فقد يكتفي المريض بالرضى عن علاقته بالمعالج بدلاً من أن يتشجع من خلال المعالج على مواجهة التحديات وإقامة علاقات وصدقات جديدة.

وفي بعض الحالات يتهاون المعالج في طرح أهداف واقعية على المريض، أنه يبدأ بعلاج المريض وكأن فترة العلاج غير محدودة ويعمل مع المتعالج على أهداف غير محددة وواضحة وأحياناً لا يمكن تحقيقها. وهناك مشكلة أخرى تتمثل في أن المعالج لا يشعر بالحاجات أو بالأمور الملحة التي يشعر بها المتعالج.

4- فاعلية العلاج الدوائي

تعد الدراسات التي تقيس تأثير الأدوية أسهل تصميماً وتنفيذاً وتقويماً من الدراسات التي تبحث في فاعلية الأشكال المختلفة من العلاج النفسي. فكل الأدوية المرخص اليوم باستخدامها في علاج الاضطرابات النفسية أثبتت فاعليتها في تجارب عيادية في معالجة صور اضطرابات نفسية معينة أكثر من أضرارها. ولكن على الرغم من برهان الفاعلية الممكنة لدواء معين أو لفئة من الأدوية إلا أنه توجد عوامل كثيرة تتحكم بنجاح نوع العلاج المستخدم بالفعل.

1.4- العوامل المؤثرة في النتيجة

هناك عوامل ستة تتحكم بنتيجة العلاج الدوائي: التشخيص، الجرعة، اختيار الدواء، تجريب العلاج، والرابطة العلاجية، وعدم إتباع التعليمات الطبية.

1.1.4- التشخيص

يعد تشخيص الاضطرابات النفسية صعباً في كثير من الحالات. إذ أنه من الصعب جداً استخلاص التشخيص الصحيح أو الواضح من بين عدد كبير من الشكاوي المحيرة والقيام بالعلاج المناسب. فالإكتئاب على سبيل المثال يترافق على الأغلب مع مشاعر الحزن وفقدان الشهية ومشكلات النوم والعصبية.

وفي بعض الحالات يراجع المعنيون أطباء مختلفين بسبب الآلام أو الشكاوى التي يعانون منها ويحصلون من كل طبيب على دواء مختلف. وبغض النظر عن أن السبب الرئيس لا يزول بهذه الطريقة يمكن لكثرة الأدوية أن تسبب تأثيرات جانبية خطيرة وتقود إلى تفاعلات. كيماوية. وكما هو الحال في الأعراض الطبية النفسية التي يمكن أن تتشابه مع أعراض الاضطرابات النفسية يمكن كذلك للأمراض الجسدية أن تسبب أعراضاً تشير إلى أسباب نفسية. فعلى الرغم من أن اضطرابات النوم والطاقة والشهية والمزاج تعد من الأعراض المميزة للإكتئاب / إلا أنها يمكن أن تكون دلالة على اضطرابات الغدة الدرقية أو ترجع لأسباب جسدية مختلفة. والأدوية النفسية ليست فاعلة في معالجة الأمراض الجسدية.

2.1.4- الجرعة

يمكن أن يرجع سبب فشل العلاج الدوائي لخطأ في الجرعة زيادة أو نقصاناً. فالدماغ هو العضو الذي ينبغي للدواء أن يؤدي عمله فيه. وعندما لا يصل الدواء بتركيز كاف إلى الدماغ فلن يحصل التأثير. والأطباء الذين يكونوا غير عارفين أو بالاستخدام الملموس للدواء أو متأكدين منه يصفون في العادة جرعات قليلة.

من ناحية ثانية يختلف الناس عن بعضهم في استقلابهم للدواء. لهذا حتى الطبيب النفسي المحنك لا يكون قادراً دائماً على التنبؤ بكمية الجرعة الدوائية التي ستحدث التأثير الأمثل. ونظراً للصعوبات الجلية في معرفة مقدار تركيز الدواء في دماغ الكائن الإنساني (إذ أن هذه المعرفة تتطلب أخذ عينة من دماغ المريض وفحصها، وهو أمر غير ممكن بالطبع)، يقوم الأطباء بفحص كمية الدواء الموجودة في الدم من أجل استنتاج التركيز الموجود في الدماغ. وينبغي لبعض الأدوية النفسية من بينها مضادات الاكتئاب أن يتم تناولها بجرعات كافية حتى تتجاوز الحد الأدنى من قيم الدم. وبعض الأنواع الأخرى من الأدوية لا يجوز إعطائها لا بجرعات قليلة ولا بجرعات زائدة وإلا فقد الدواء تأثيره في الحالة الأولى أو سبب تفاعلات وأعراض جانبية مؤذية. ومن هنا فإن الملاحظة المستمرة للجرعة خلال فترة العلاج ككل مهمة من أجل تحقيق التأثير المناسب وتجنب الأعراض الجانبية.

3.1.4- اختيار الدواء

على الرغم من أن الأدوية المرخصة من الجهات الحكومية قد أثبتت فاعليتها إلا أنه لا يستجيب كل شخص للدواء نفسه. ففي كثير من الحالات يختار الطبيب النفسي دواء محدداً من بين عدة أدوية فاعلة في الواقع. ويكون الاختيار سهلاً إذ كان المريض في السابق قد استجاب في الماضي بشكل جيد لدواء معين. وفي بعض الأحيان يمكن لنوع وشدة الأعراض المتفرقة أن تسهل اختيار دواء معين.

وغالباً ما يتعلق اختيار الدواء بنمط التأثيرات الجانبية لدواء معين. فمن مضادات الاكتئاب يوجد أكثر من عشرين دواء تقريباً، كلها فاعلة بالمقدار نفسه إلى حد ما إلا أنها تختلف في تأثيراتها الجانبية الأمر الذي يمكن أن يؤثر على مجرى

العلاج. فبعضها يسبب التسكين، الأمر الذي يكون مطلوباً عند شخص يعاني من اضطرابات في النوم، إلا أنه لا يكون كذلك عند المريض الذي ينام كثيراً في حالته الاكتئابية. وبعضها الآخر يمتلك تأثيراً مهيجاً، وهو أمر غير مرغوب عند شخص يعاني من سهولة الاستثارة.

وعلى الرغم من أنه تتوفر للأطباء النفسيين مجموعة كبيرة من الأدوية النفسية، يختارون منها الدواء المناسب لمعالجة الاضطرابات النفسية الشديدة إلا أنهم غالباً ما يبدؤون العلاج بدواء يثقون به ويعرفون بدقة تأثيره واستخداماته الملموسة.

4.1.4- محاولة العلاج

نظراً لضغط المعاناة التي يزرع تحت وطئها الناس الذين يعانون من الاضطرابات النفسية يتمنى الأطباء والمرضى والأقارب التحسن الفوري لحالة المريض. إلا أن غالبية الأدوية النفسية المستخدمة لعلاج الاضطرابات النفسية تحتاج لبعض الوقت لتأتي بمفعولها، أي أنها تحتاج لمجرى معين من الزمن قبل أن يتم استنتاج تأثيرها. ففي مضادات الاكتئاب يحتاج الدواء بين أسبوعين حتى الثلاث أسابيع قبل أن يبدأ تأثيره وفي المقعلات يحتاج الدواء إلى ستة أسابيع ليبدأ تأثيره. وغالبية الأدوية النفسية تحتاج بين ثلاثة إلى ستة أسابيع تجريب بكامل الجرعة. وفي حال لم يظهر تأثير للدواء بعد أسابيع ستة لا بد للطبيب أن يقرر دواء آخر.

5.1.4- الرابطة العلاجية

حتى وإن كان العلاج قائماً على الدواء بصورة أساسية إلا أن اهتمام وتعاطف الطبيب النفسي وثقة المريض بالطبيب مهمة. فكلاهما يجب أن يعتبرا نفسيهما فريقاً واحداً يعمل على هدف مشترك. ويجب أن تكون الأهداف واضحة ومحددة وكلما فهم المريض الأسباب الكامنة خلف وصف دواء معين له وكيف ومتى عليه أن يتناوله وكيفية تأثيره ومتى سيحدث التأثير تقريباً التأثيرات الجانبية المتوقعة للدواء بدقة أكبر كلما كان احتمال التأثير الفاعل للدواء أكبر. كما أنه على الطبيب النفسي أن يكون تحت تصرف المريض في أثناء العلاج من أجل الإجابة عن أسئلته ومراقبة التأثير والتأثيرات الجانبية للدواء كي يضمن مجرى ملائماً من

العلاج. وبمجرد أن يحقق الدواء تأثيره المرغوب ينبغي للطبيب والمريض أن يتفقا حول مدة العلاج . وعندما لا تعود الأعراض عبر فترة زمنية معينة للظهور وعندما يتفق الطرفان بأنه يمكن إيقاف الدواء ينبغي عندئذ للطبيب النفسي المعالج أن يساعد المريض على التخلص التدريجي من الدواء مع المراقبة الدقيقة كي لا تعود الأعراض للظهور ثانية.

6.1.4- عدم إتباع التعليمات الطبية

يعد النقص في الاستعداد لتعاون المريض مع الطبيب، أي أن يتناول الدواء مرة وفي المرة التالية لا يتناوله، أو لا يتناول الدواء بالجرعة التي وصفها الطبيب، من أكثر أسباب فشل العلاج. وتوجد أسباب عدة لعدم إتباع المريض للتعليمات الطبية. فكثير من الناس يعيشون صراعاً داخلياً بين أن يتناولوا الدواء أم لا على الرغم من معاناتهم الشديدة؛ إذ يشعرون أن تناولهم للدواء دليل على "ضعفهم" ويرون أنهم لا بد وأن يكونوا قادرين وحدهم على أن يحققوا الشفاء دون مساعدة الدواء. أو أنهم يريدون أن يبرهنوا للمحيط بأنهم ليسوا مرضى وأنهم سيعودون لوضعهم الأصلي قريباً، وفي بعض الأحيان وفي الطور الهوسي من الاضطراب ثنائي القطب لا يريد المرضى على الإطلاق الانفصال عن أعراضهم ومن هنا فإنهم يرفضون تناول الدواء أو إتباع التعليمات الطبية. وقد تكون التأثيرات الجانبية بالنسبة للبعض الآخر مقيتة في البداية ولهذا يقومون بتخفيض الجرعة أو التوقف عن تناول الدواء دون أن يكونوا قد تحدثوا مع الطبيب حول هذا الأمر. وعندما يكون على المريض أن يتناول الدواء أكثر من مرة في اليوم فإنه قد ينسى في بعض الأحيان تناول الدواء وتعود الأعراض للظهور أو لا تحتفي بالأصل.

2.4- فشل العلاج الدوائي

عندما يظل الدواء النفسي بعد فترة مناسبة من تناوله دون تأثير على الطبيب النفسي عندئذ أن يعيد النظر في التشخيص أو التغيير إلى دواء آخر أو وصف دواء ثان من أجل تحفيز تأثير الدواء الأول. إذ يمكن مثلاً من خلال إضافة الليثيوم لدى مريض لم يستجب للعلاج تحقيق التأثير المرغوب.

الأطباء العامين غير مؤهلين في العادة لتشخيص الاضطرابات النفسية وعلاجها. لهذا ينبغي تحويل المرضى إلى الطبيب النفسي في حال عدم حصول التأثير المرغوب للدواء الموصوف.

5- مقارنة العلاجات والتوليف بينها

يذهب العلماء اليوم في البحث والممارسة من الوحدة الجدلية القائمة بين الجسد والعقل والنفوس ومن التأثير المتبادل للاستعدادات البيولوجية للإنسان وصفاته النفسية وتأثيرات البيئة المحيطة. لهذا فالعلاج الدوائي وحده قد لا يكون كافياً في كثير من الحالات. وحتى عندما يكون التضرر في المجال الجسدي هو الغالب فإن العلاقة بالطبيب المعالج وتعلم التعامل مع المرض وعواقبه مهمة لنجاح العلاج.

فقد أظهرت دراسات حول التوليف بين الأشكال المختلفة للعلاج بأن الأهداف المختلفة لعلاج دوائي ونفسي مثلاً يؤثران بطريقة مختلفة على الحدث المرضي بطريقة يكمل بعضها البعض. وكما يمكن الاستنتاج من مجموعة من الدراسات فإن الأدوية تكون فاعلة في تحسين أعراض معينة وبشكل خاص تلك الأعراض من النوع الجسدي وعلى الأعراض النفسية الشديدة في حين أن العلاج النفسي أقرب للمساعدة في تحسين القدرة على حل المشكلات وتحسين الوظائف الاجتماعية.

ركزت غالبية الدراسات المتعلقة بالتوليف بين أشكال من المعالجة أو المقارنة بينها على الاكتئاب. وبشكل عم فقد ظهر من هذه الدراسات أن العلاج النفسي يكون فاعلاً في علاج الاكتئاب كما هو الحال في العلاج الدوائي. أما المرضى بالاكتئاب الشديد فتكون استفادتهم أكبر عندما يتم علاجهم دوائياً أو عندما يتم التوليف بين العلاج الدوائي والنفسي. ففي دراسات واسعة في الولايات المتحدة الأمريكية للمعهد الوطني الأمريكي للصحة النفسية، البرنامج المشترك لعلاج الاكتئاب وفي ألمانيا، برنامج معالجة الاكتئاب والوقاية من الانتكاس التابع لوزارة البحث والتقنية الألمانية تمت مقارنة مضادات الاكتئاب على نحو الإيميرامين مع استراتيجيات العلاج السلوكي الاستعرافي مقابل البلاسيبو (الدواء الخادع). وفي نهاية سلسلة التجارب كان أكثر من ثلثي المرضى قد تخلصوا من أعراضهم، علماً أن بعض المرضى الذين عولجوا

بالإمبيرامين قد ظهر التحسن عليهم أسرع. وباستثناء المجموعة المكتئبة التي استجابت بشكل أسرع للإمبيرامين ظهرت تحسنات لدى جميع مجموعات التجربة المعالجة بالدرجة نفسها تقريباً. وفي دراسة أخرى استنتج إيلين فرانك Elen Frank أنه لدى المرضى الذين يعانون من اكتئاب متكرر قد حققوا تحسناً سواء باستخدام جرعات عالية من الإمبيرامين أم بالعلاج النفسي، إلا أن المجموعة التي تم لديها التوليف بين العلاج الدوائي والنفسي قد ظلت لفترة أطول دون انتكاس.

كما أظهرت الدراسات أن العلاج الأكثر فاعلية في الفصامات هو العلاج المركب من الدواء والعلاج النفسي الداعم للمرضى والإرشاد والعلاج النفسي لذويهم. ففي دراسات أجريت في جامعة جنوب كاليفورنيا في الولايات المتحدة الأمريكية وكذلك في ألمانيا تمت مقارنة مجموعات من مرضى الفصام الذين حصلوا مع أسرهم على شكل خاص من العلاج النفسي السلوكي مع مجموعات ضابطة لم يحصل ذويهم على أي علاج، حيث تم التوضيح للأقارب طبيعة المرض ومجراه وعلاجه، وتم علاج التوترات الأسرية في الجلسات العلاجية وتعلم التعامل معها وتحسين مهارات حل المشكلات للأقارب. وقد أظهرت الدراسة أن المرضى الذين اشترك ذويهم في العلاج كانوا أقل انتكاساً وأن الأعراض قد تراجعت بصورة واضحة.